

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

30

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 26 Juillet 1892, à 1 heure

PAR M. CONSTANTIN EL LOUKAËTIS,

Docteur en Médecine de la Faculté d'Athènes

DE LA KÉRATITE PARENCHYMATEUSE

ET EN PARTICULIER

DE SA PATHOGÉNIE ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. PANAS, Professeur.

Juges : MM. } TARNIER, Professeur.
} BAR et BRUN, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

301

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 26 Juillet 1892, à 1 heure

PAR M. CONSTANTIN EL LOUKAËTIS,

Docteur en Médecine de la Faculté d'Athènes

DE LA KÉRATITE PARENCHYMEUSE

ET EN PARTICULIER

DE SA PATHOGÉNIE ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. PANAS, Professeur.

*Juges : MM. } TARNIER, Professeur.
 } BAR et BRUN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TILLAUX.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SEE (G.).
Maladie des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		PETER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		BALL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		CHARCOT.
Clinique d'accouchement.....		VERNEUIL.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT)
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PANAS

Professeur d'Ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

A M. LE DOCTEUR ADOLPHE PIÉCHAUD

Médecin du Sénat

Professeur libre de Clinique des Maladies des Yeux

Recevez, mon cher Maître, l'hommage de ma profonde reconnaissance pour l'accueil si affectueux que vous m'avez fait et pour la direction si sérieuse que vous avez imprimée à mes études.

A MONSIEUR LE DOCTEUR T. PIECHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Chirurgien des Hôpitaux

Avec mes sentiments de reconnaissance pour votre enseignement éclairé et pour la sollicitude constante dont vous m'avez honoré.

AVANT-PROPOS

En choisissant ce sujet, nous ne saurions avoir la prétention de faire une monographie de la Kératite parenchymateuse. Tel n'est pas notre but. Nos visées sont plus modestes.

Quelques particularités de la maladie et surtout quelques divergences entre les opinions des auteurs nous ont souvent frappé, et il nous a paru intéressant de faire une étude aussi succincte que possible de la maladie, pour avoir le droit de donner notre opinion personnelle et de relater ce qui a été dit de plus important dans un sens ou dans l'autre au point de vue de la pathogénie et du traitement.

C'est du groupement des opinions que la vérité se dégage. Nous avons fait un faisceau de celles qui sont le plus répandues et le plus autorisées dans la science. Il sera facile au lecteur de reconnaître celles qui sont le plus logiques et qui reposent le mieux sur les faits expérimentaux et les données de la clinique

Outre les maîtres qui nous ont guidé dans cette tâche, d'autant plus ardue qu'il nous faut lutter à chaque pas contre les difficultés de la langue française, et auxquels nous devons une profonde gratitude, il en est d'autres que nous ne saurions trop remercier pour le zèle et le dévouement qu'ils ont mis à notre disposition, soit pour nous fournir des renseignements, soit pour nous communiquer leurs observations.

Nous prions M. le Dr Abadie, de Paris, et MM. les Drs Sous, Martin et Badal, de Bordeaux, de vouloir bien recevoir ici l'expression de notre reconnaissance

ANATOMIE

Quelques notions d'anatomie nous paraissent indispensables comme préliminaire à l'étude de la Kératite parenchymateuse.

L'enveloppe extérieure de l'œil est constituée par deux membranes qui, bien qu'étant d'un aspect absolument différent, ont entre elles une affinité complète ; l'une de ces membranes, beaucoup plus considérable que l'autre, puisqu'elle enveloppe plus des trois quarts de la partie postérieure, est la sclérotique ; l'autre, qui est située en avant, est la cornée.

De ces deux membranes qui forment une cavité entièrement close, sauf au niveau du passage du nerf optique, la première, la sclérotique, est absolument blanche et opaque ; la seconde, la cornée, est entièrement transparente et ressemble, suivant une comparaison très exacte, à un verre de montre enchâssé dans l'ouverture scléroticale.

Ce qui donne à ces deux membranes un aspect si différent, c'est que l'une est homogène et que l'autre ne l'est pas. La sclérotique, en effet, est une membrane

fibreuse ayant des faisceaux de fibres cellulaires qui s'entrecroisent pour la plupart perpendiculairement et s'anastomosent entre eux ; tantôt leur direction est parallèle à l'équateur de l'œil, tantôt parallèle au méridien. On distingue, au microscope, un grand nombre de corpuscules de tissu cellulaire et des fibres élastiques. Dans la région du nerf optique, ces fibres scléroticales, en se recourbant d'une manière presque perpendiculaire, font une sorte de gaine fibreuse au nerf qu'elles entourent complètement. Il en est même quelques-unes qui pénètrent dans l'intérieur du nerf optique et forment une membrane (membrane criblée) qui donne passage aux faisceaux nerveux. Il est enfin une couche moyenne qui est séparée de la couche extérieure par un peu de tissu cellulaire, et qui se mêle à la gaine du nerf optique. C'est dans ce point que la membrane possède la plus grande épaisseur, car elle a environ, au niveau du nerf, un millimètre 25, tandis que vers le voisinage de la cornée, où elle s'amincit graduellement, elle n'atteint guère que trois dixièmes de millimètres.

Il va sans dire que la sclérotique est perforée, çà et là, de petits pertuis qui servent de passage soit aux vaisseaux, soit aux nerfs qui viennent des autres membranes, et en particulier de la choroïde. Lorsqu'elle se rejoint avec la cornée, elle forme un peu en arrière ce que l'on désigne sous le nom de canal de Schlemm, canal qui renferme un très grand nombre de vaisseaux. A proprement parler, elle ne possède pas par elle-même de vascularisation ; les vaisseaux qui l'ali-

mentent à sa surface extérieure et à sa surface interne sont des vaisseaux qui appartiennent au réseau ciliaire.

La sclérotique était considérée, il y a encore peu d'années, comme étant entièrement dépourvue de nerfs, malgré sa situation au milieu de tissus qui en sont abondamment pourvus, et leur existence, révélée pour la première fois par Bochdalek, a été contestée par plusieurs anatomistes, entre autres par Kolliker et Arnold ; mais les recherches modernes ont établi définitivement la présence des nerfs dans le tissu sclérotical.

Comme nous l'avons dit, il n'y a pas de différence anatomique entre la membrane scléroticale et la membrane cornéenne. L'homogénéité complète de la substance intercellulaire est la condition essentielle de la parfaite transparence de la cornée. Au niveau de son enchâssement avec la sclérotique, elle est débordée d'environ un millimètre par cette dernière membrane. A cet endroit elle est assez épaisse, puisqu'elle mesure environ 1 millimètre 12, mais elle s'amincit petit à petit et n'a guère, vers le centre, que 0 millimètre 9.

Anatomiquement, la cornée se compose de plusieurs couches ; elle a un revêtement extérieur constitué par un épithélium pavimenteux dont les cellules affectent différentes formes ; celles qui sont situées profondément sont cylindriques, les moyennes sont rondes et les plus superficielles sont aplaties. Ce qui forme, à proprement dit, le tissu de la cornée, c'est un amas de fibrilles juxtaposées que l'on ne peut que difficilement isoler, à cause de leur connexion très intime, et qui

sont pourvues de cellules étoilées, d'où partent des prolongements plus ou moins considérables qui se réunissent dans tous les sens. Grâce à ces prolongements qui s'anastomosent entre eux, le tissu forme comme un réseau de canaux embrassant la totalité de la membrane.

On a donné le nom de membrane de Descemet à la couche qui tapisse la face postérieure de la cornée, entre l'endothélium et le tissu propre de la cornée et qui jouit d'une transparence et d'une homogénéité parfaites. On l'appelle aussi membrane limitante postérieure, pour la distinguer de la membrane limitante antérieure qui se trouve placée entre l'épithélium et le tissu propre de la cornée. On lui a donné encore le nom de membrane de Bowmann. Elle est pourvue également d'un endothélium pavimenteux dont les éléments diminuent à mesure qu'on s'éloigne du centre. Cette membrane a une très grande importance au point de vue pathologique, attendu que sa connexion très intime avec l'iris sur lequel se réfléchissent la plupart de ses fibres, établit entre elle et cet organe des rapports constants de cause à effet. Il n'est guère d'inflammation de l'iris qui ne retentisse sur la membrane de Descemet et ne produise une altération ayant pour effet de diminuer sa transparence et d'amener parfois une hypersécrétion de liquides.

Contrairement à la sclérotique, la cornée est dépourvue de vaisseaux, bien qu'il n'y ait pas d'organes où ils se développent plus facilement sous l'influence d'un processus inflammatoire. En revanche, il existe dans

le tissu cornéen un grand nombre de nerfs qui, étant à l'origine d'une quarantaine au maximum, se divisent à l'infini et produisent des ramifications régulières, avec cette particularité que ces nerfs, en se divisant, et au moment même où ils entrent dans le tissu cornéen, perdent leur enveloppe et leur myéline, se réduisent à leur cylindre axe, circonstance qui explique la transparence complète dont ils sont doués.

Est-il nécessaire d'examiner les opinions très nombreuses soutenues par les anatomistes au point de vue de la terminaison de ces nerfs ? Nous ne le pensons pas, car nous avons voulu simplement faire une étude sommaire et tout à fait élémentaire des principaux caractères constituant le tissu sclérotico-cornéen, étude qui pourra servir à nous expliquer les altérations pathogéniques de la maladie qui nous occupe.

CHAPITRE PREMIER

Sur les Kératites en général.

Lorsqu'il se produit dans le tissu de la cornée, pour n'importe quelle cause, un travail inflammatoire, et quelle que soit la forme de ce travail, il y a un ensemble de phénomènes et d'altérations qu'il est indispensable de préciser.

Nous avons parlé de l'épithélium cornéen. Dès que survient un certain degré de congestion ou d'inflammation, cet épithélium est le premier élément qui se modifie. Il perd son éclat et son brillant habituel, en un mot il s'altère. Mais comme la transparence de la cornée est liée à l'intégrité absolue de l'épithélium, il s'en suit que la cornée devient louche et opalescente sur une étendue plus ou moins grande de sa surface.

En même temps que change son aspect, sa densité et, jusqu'à un certain point, sa forme, subissent des modifications. Ou bien elles s'épaississent, se boursoufflent, s'infiltrant, par conséquent augmentent d'épaisseur ; ou bien, si elles sont sous la dépendance du processus ulcéreux, elles s'amincissent, au contraire, et se

réduisent à une lamelle très mince qui peut se rompre. Il résulte de l'altération dans la consistance de la membrane, que des changements de forme, et par suite de courbure, sont la conséquence de cet état pathologique. On comprend la gravité de ces altérations relativement à l'acuité visuelle.

Il n'est pas d'inflammation cornéenne qui ne s'accompagne d'un certain degré de congestion.

Cette congestion, ordinairement péri-cornéenne, peut gagner la grande circonférence de la cornée et donner l'aspect d'un petit réseau à mailles très serrées ; mais dans la plupart des cas, pourvu que l'inflammation soit profonde et de longue durée, on ne tarde pas à apercevoir des vaisseaux très fins, qui augmentent de volume et forment un véritable pinceau vasculaire sur une trame de tissu cornéen altéré et dépoli.

A cela se résument à peu près les signes visibles ou objectifs.

Il est d'autres signes qui caractérisent d'une façon aussi marquée la maladie : nous voulons parler des signes subjectifs. Bien que le larmolement soit regardé comme l'apanage presque exclusif des conjonctivites, il peut exister ici avec une grande intensité ; mais en général, les larmes sécrétées par la conjonctive sont limpides et ne sont jamais mélangées au muco-pus que l'on rencontre dans les inflammations conjonctivales.

Il résulte de l'étude que nous avons faite de l'épithélium de revêtement de la cornée, que cet élément a été placé là par la nature pour protéger les couches du tissu. La preuve en est que cet épithélium se repro-

duit au fur et à mesure des pertes qu'il subit. Il est constant que la photophobie, qui est si peu accentuée dans les conjonctivites où il existe à peine des traces d'altération de l'épithélium, ne manque que très rarement, même dans les Kératites les plus légères. Il est constant également que plus la Kératite est superficielle, c'est-à-dire que plus le dépouillement de l'épithélium est considérable, plus les phénomènes de photophobie sont intenses.

S'ils sont très nettement accusés lorsque la couche extérieure est malade, ils sont d'ordinaire légers dans l'inflammation des couches profondes où ils peuvent même manquer totalement.

Un signe subjectif qui a son importance, c'est la douleur ; elle peut affecter le caractère de névralgies d'une très grande violence, s'irradiant le long des branches du trijumeau. De même que la photophobie, la douleur, qui manque parfois dans des Kératites extrêmement graves, peut être très intense dans des Kératites légères et se montrer rebelle à toute médication.

On ne peut assigner à la maladie des causes précises, car son éclosion résulte d'une infinité de circonstances locales ou générales. Il est évident que les irritations produites sur la membrane par des agents extérieurs, telles que l'introduction de corps étrangers ou de poussière, ou l'action traumatique, sont capables d'amener des désordres inflammatoires ; il n'en est pas moins vrai que les états pathologiques de la conjonctive se traduisent par la production de pus ou de muco-pus, et dans bien des cas par le boursoufflement et l'infiltration

de la conjonctive bulbeuse (Chemosis), qui apporte un obstacle mécanique à la cornée; il n'en est pas moins vrai que ces états pathologiques à différents degrés, sont une cause prépondérante de l'altération de la cornée. Mais les causes générales sont les grandes causes, il faut bien le dire.

Les Kératites, et particulièrement celle que nous étudions, relèvent avant tout de la santé générale. Elles appartiennent aux tempéraments scrofuleux et lymphatiques; elles sont le triste apanage des gens débilités par une longue maladie ou affaiblis par des excès; elles sont liées au travail d'évolution qui se fait dans l'organisme, et c'est pour ce motif que les enfants chétifs et mal formés, ayant les attributs du rachitisme, sont plus fréquemment atteints et présentent quelquefois, depuis les premiers mois de leur existence jusqu'à leur formation complète, de ces Kératites à répétition que rien ne peut entraver. En un mot, les Kératites, et particulièrement celle, je le répète, qui fait le sujet de ce travail, sont, suivant l'expression heureuse de M. le professeur Panas, un produit de la déchéance de l'organisme.

Nous verrons un peu plus tard combien cette vérité clinique est exacte.

Sauf pour les ulcères cornéens, qui se prolongent à cause des complications plus ou moins graves qui surgissent, sauf surtout pour la Kératite parenchymateuse, qui est d'une lenteur désespérante dans son évolution, la marche des Kératites est, en général, assez rapide. Elle est rapide, parce que l'inflammation est

toujours aiguë, tandis que dans la Kératite parenchymateuse, l'inflammation est d'emblée chronique. Cependant, il est permis d'émettre cette proposition, du reste absolument conforme à l'axiome que nous avons cité, que plus grande est la débilitation de l'organisme, plus on a de chances de voir se prolonger l'affection.

Ne voyons-nous pas à chaque instant des enfants atteints de Kératites ordinaires, subir des inflammations de longue durée que nul traitement ne peut arrêter, et qui ne guérissent, en fin de compte, que lorsque leur constitution s'est entièrement modifiée sous l'influence de la médication générale.

CHAPITRE II

Kératite parenchymateuse. -- Symptômes.

En principe, on peut établir plusieurs formes de Kératites parenchymateuses. L'une qui a une tendance à la vascularisation et qui se présente avec des opacités plus ou moins diffuses, mélangées à un nouvel élément, ce sont de petits vaisseaux extrêmement tenus, qui, étant groupés et constituant un réseau à mailles serrées, donne une coloration rougeâtre à la portion de la cornée atteinte. Une autre forme de Kératite parenchymateuse, dite *punctuée*, qui est infiniment plus rare que la précédente, se caractérise par la présence, dans la couche profonde de la cornée, de petites taches bleuâtres avec une zone grisâtre, et a une origine nettement spécifique. Enfin, la forme véritablement parenchymateuse, celle qui atteint le parenchyme même de l'organe et à laquelle on a appliqué si justement les épithètes de *profonde et diffuse*, se présente avec des caractères très tranchés dès le début.

D'abord, généralement au centre de la cornée, une

petite opacité grisâtre, diffuse, ne tardant pas à devenir blanchâtre, tantôt superficielle, tantôt profonde, ce qui est nettement indiqué par la différence de la coloration. De centrale qu'elle était, l'infiltration gagne petit à petit la périphérie de la cornée, qu'elle recouvre au bout de quelque temps d'une teinte uniforme. Par places, il existe des taches plus foncées, blanchâtres, presque jaunes, tranchant sur le fond uniforme qui simule un verre dépoli. On ne peut pas dire qu'il y ait entre les parties malades et les parties saines, une délimitation bien marquée, la région qui est infiltrée se fondant graduellement avec des portions transparentes. L'infiltration de la cornée est telle au bout d'un certain temps que la cornée est dépourvue de toute transparence, et qu'il est parfois impossible de distinguer, même d'une façon approximative, le contour interne de l'iris, comme il est arrivé dans le cas cité par M. Picchaud (Observation V).

Il est rare que l'on rencontre dans cette forme les phénomènes habituels, tels que la congestion et la photophobie. Il peut n'y avoir d'autres altérations que celles de la cornée. Cependant, il est quelques cas dans lesquels un certain degré de photophobie et des injections péri-kératiques marquent le début de l'inflammation.

Règle générale, lorsque la Kératite parenchymateuse, arrivée à son summum de développement, ne se modifie ni en bien ni en mal, paraît, en un mot, rester stationnaire, cela est de mauvais augure, et il y a des présomptions pour que la maladie dure fort longtemps.

Lorsque, au contraire, il y a des symptômes de réaction de l'œil, si peu apparents qu'ils soient, symptômes de sensibilité à la lumière et de congestion, on peut presque affirmer que c'est le prélude d'une sorte de réaction favorable. Nous ajouterons même qu'il n'est pas sans intérêt de favoriser cette réaction.

En résumé, maladie indolente, insidieuse, chronique dès le début, décourageante pour la thérapeutique, car on ne sait, en vérité, quel traitement lui opposer pour hâter son évolution, absolument désespérante à cause de sa durée, et jusqu'à un certain point, menaçante pour l'avenir. On ne peut préciser, en effet, quel sera le degré des altérations cornéennes consécutives à la guérison. Nous savons bien que l'infiltration tend à disparaître et que l'altération de la cornée ne peut être en aucune façon considérée en tant que gravité, comme le serait, par exemple, un processus ulcéreux ; il n'en est pas moins vrai que parfois les altérations ont été si marquées, si profondes et ont duré si longtemps, que l'on a à redouter les conséquences de cet état pathologique par rapport à la vision. Dans l'Observation IV, M. Piéchaud cite précisément le cas d'une jeune femme qui, après de longs mois de traitement, se présentait à lui avec un large leucome central qui encombrait presque complètement la vision de cet œil. Il estime, qu'étant donnée l'épaisseur de ce leucome, la vue de l'œil ne sera jamais suffisamment établie pour permettre à la malade de voir nettement les objets.

Contrairement à la plupart des autres inflammations de la cornée, la Kératite parenchymateuse n'est pas une

maladie de l'enfance; elle est assez rare avant l'âge de dix à douze ans, de même qu'elle se rencontre très rarement après l'âge de 25 à 30 ans. A cette règle, il y a, bien entendu, des exceptions, telles que, pour les enfants tout jeunes, il résulte des Observations citées par M. le Dr Martin, et, pour les personnes ayant dépassé la trentaine, de l'Observation III citée par M. le Dr Piéchaud.

Si la résorption des infiltrations est plus facilement réalisable que dans les autres Kératites, cela tient uniquement à ce que cette infiltration se produit entre les faisceaux fibrillaires dont nous avons parlé, dans l'interstice même de ces faisceaux, et que les fibrilles intercellulaires ne sont nullement intéressées.

Nous ne pensons pas que le traitement purement local puisse être d'une bonne ressource pour hâter la résolution du processus, il ne sert ordinairement que d'adjuvant à la médication générale. Même relativement au traitement général, les opinions ne sont pas toujours d'accord, et plutôt que d'entrer dans des considérations personnelles, nous servirons mieux les intérêts de la question, en passant en revue les diverses et nombreuses méthodes du traitement employées par les ophtalmologistes. Aussi, réservons-nous un chapitre spécial dans lequel seront relatées la plupart de ces méthodes.

Un point qui n'est pas suffisamment élucidé, c'est la cause de la Kératite parenchymateuse. Nous savons bien que si l'on considère l'état particulier des dents chez les personnes atteintes, l'échanerure spéciale

de leurs bords libres, l'aspect chétif du plus grand nombre des malades, les accidents antérieurs presque constants, on est tenté, à l'exemple d'Hutchinson, de regarder cette maladie comme étant l'expression de la syphilis congénitale. Mais il y a tant d'états, qui simulent à s'y méprendre la syphilis héréditaire sans que la syphilis intervienne comme cause ! Il suffit de voir la quantité de jeunes enfants de dix à quinze ans débilités par la misère, la maladie, les privations de toutes sortes, la diathèse scrofuleuse, rhumatismale ou tuberculeuse, le rachitisme, l'impaludisme, pour être convaincu que rien ne ressemble plus à une constitution syphilitique originelle que ces diverses constitutions traduisant une réelle souffrance de l'organisme. Il se peut, du reste, que ces constitutions délabrées, si l'on pouvait remonter à plusieurs générations, soient elles-mêmes l'accumulation, et comme la résultante d'anciennes maladies héréditaires, telle que la syphilis ; mais on ne peut pas dire, en réalité, qu'elles soient une manifestation de la syphilis congénitale, car celle-ci est trop éloignée pour avoir une influence prépondérante sur l'état pathologique qui s'est développé.

Sans parler des cas qui relèvent de la scrofule, du lymphatisme, il en est d'autres qui seraient dus à la diathèse rhumatismale. Magnensi, Sichæel et John ont déjà appelé l'attention sur cette actiologie. M. Leber de Guetingue, dit même avoir rattaché à une affection rhumatismale, plusieurs cas de Kératite parenchymateuse et avoir obtenu d'excellents résultats par le salicylate de soude ; un de ses malades présen-

tait même une polyarthrite avec une complication cardiaque. M. Abadie paraît avoir observé des cas semblables chez des individus âgés de plus de 30 ans, avec cette particularité que les lames superficielles de la cornée étaient seules infiltrées. Enfin, M. Parinaud a observé un certain nombre de Kératites parenchymateuses, relevant, selon lui, des manifestations rhumatismales articulaires. (Thèse du D^r Couzon, Paris, 1883.)

D'autres causes ont été incriminées, telles que les troubles de la menstruation, ceux de l'innervation, et en particulier les lésions du trijumeau (Zano). Il n'est pas jusqu'au travail difficile de la dentition et jusqu'à la scorie dentaire, que M. Calezowski n'invoque, comme cause possible de la Kératite parenchymateuse. Avec ce système, on arrive à créer une pathogénie de toute pièce, plutôt imaginable que réelle, basée sur les données cliniques. C'est ainsi que M. Calezowski va jusqu'à décrire une Kératite parenchymateuse sympathique, terme contre lequel nous ne protesterions pas en réalité, s'il voulait simplement désigner par ce nom, l'affection qui se développe consécutivement à l'affection de l'autre œil. (Thèse de M. Lavergne, Paris, 1887.)

Nous allons dire un mot de l'intoxication palustre, d'après M. Poncet, qui a vu nombre de malades fiévreux et intoxiqués, pendant ses années d'exercice au Val-de-Grâce. L'intoxication palustre joue un grand rôle dans les affections de l'œil et particulièrement dans la Kératite parenchymateuse, et il cite de ces faits trois exemples où la guérison a été uniquement due au sul-

fate de quinine. Pour M. Javal même, exerçant à Sens, ville à côté de laquelle se trouve un foyer de malaria, cette Kératite serait un signe pathognomonique qui lui servirait à reconnaître la cachexie palustre et même l'origine des individus.

Ces cas sont-ils de véritables Kératites interstitielles ou de simples infiltrations leucocytiques de la cornée ? Toujours est-il, ajoute M. Javal, que le diagnostic différentiel est bien difficile à établir. (Thèse de M. Lavergne, 1887.)

Nous pensons que la syphilis est souvent en cause d'une manière certaine, mais nous pensons aussi que lorsqu'elle ne saurait être réellement invoquée, on a une certaine tendance à mettre sur son compte l'état inflammatoire. Ce que l'on ne peut pas nier, c'est que la Kératite parenchymateuse est le produit d'un dépérissement de la constitution, d'une certaine usure des forces, particulièrement dans la période d'évolution de l'organisme, et que cet ensemble de circonstances constitue le terrain le plus propre au développement de la maladie. En un mot, quels que soient les faits antérieurs, syphilis, rachitisme, scrofule, tuberculose ; que l'appauvrissement soit provoqué par l'hérédité ou les circonstances particulières, le milieu dans lequel on vit, la misère ou simplement l'hygiène défectueuse, il est constant que la Kératite parenchymateuse est, suivant l'opinion maintes fois répétée de M. le professeur Panas, de M. Abadie, de mon maître M. Piéchaud, et aussi de la plupart des ophtalmologistes, la résultante absolue de la déchéance de l'organisme, quelle que soit la nature de cette déchéance.

Même en tenant compte le plus scrupuleusement possible de tous les faits observés et de l'âge auquel se produit la maladie, en faisant le plus grand cas de l'opinion des ophthalmologistes, qui veulent que la Kératite interstitielle soit syphilitique, nous arrivons à établir, d'après les Observations qu'ils citent à l'appui et d'après les renseignements puisés à d'autres sources que les cas signalés comme appartenant à la syphilis, relevant bien plutôt d'une constitution affaiblie par une origine défectueuse ou suspecte, on ne voit en définitive que les résultats plus ou moins probants de la syphilis héréditaire tardive, amenant cette déchéance de l'organisme, auquel il faut attribuer le principal rôle. Les autres cas relèvent, selon nous, des causes les plus diverses : impaludisme, scrofule, etc. ; tous ces états pathologiques constituent en réalité l'élément essentiel de la Kératite parenchymateuse, la *misère organique*.

CHAPITRE III

Observations de Kératite parenchymateuse.

OBSERVATION I (*Publiée dans la Gazette des Hôpitaux,
par M. le Dr Ad. Piéchaud*).

Peu d'affections oculaires ont un début aussi insidieux, et se présentent avec des caractères moins tranchés. Il en est peu également qui résistent avec autant d'opiniâtreté aux moyens thérapeutiques.

Rien n'est défini d'ailleurs par rapport au traitement de la Kératite parenchymateuse : ce qui a donné des résultats satisfaisants dans un cas, cesse d'en donner dans un autre cas analogue, et il serait hasardeux de vouloir établir une méthode générale, servant à guider le praticien dans le plus grand nombre de circonstances.

Un jeune homme de seize ans, Désiré C..., m'est adressé, le 3 mai dernier, de Nogent-sur-Marne, par mon confrère et ami, le docteur Liébaut.

Il est ouvrier à la fabrique de bleu, de Nogent, et son travail consiste à charger dans les fours incandescents un mélange de soufre, de soude, de résine et de terre de Prusse. Il est donc constamment exposé à l'action du feu, et je ne répondrais pas que cette

action prolongée de la chaleur ne fût pour quelque chose dans la maladie dont il est atteint.

Dans les premiers jours d'avril, il a éprouvé, en travaillant, un peu de lourdeur et d'embarras dans les paupières de l'œil droit. La gêne a continué deux ou trois jours, puis il a remarqué que sa vue s'affaiblissait, et c'est alors que, justement préoccupée de ces symptômes, sa mère l'a amené auprès du docteur Liébaut.

Je passe, pour y revenir plus tard, sur les circonstances qui ont précédé l'entrée du malade à ma clinique (3 mai 1876).

A ce moment, je constate, en présence de deux de mes confrères, les symptômes suivants : en ouvrant largement les paupières demi-fermées, la première chose qui frappe le regard, est une injection péri-kératique intense et un trouble énorme de la cornée. Cette membrane a conservé son poli habituel.

Je ne puis pas mieux comparer son aspect qu'à celui d'une vitre sur la face extérieure de laquelle on aurait soufflé de très près, et où la vapeur se serait brusquement condensée. L'opacité est blanchâtre, nuageuse, uniforme. Il y a bien, çà et là, quelques parties où le nuage est un peu plus accentué, lorsqu'on examine avec beaucoup d'attention, mais cette différence est à peine appréciable.

A travers ce trouble, on devine plutôt qu'on ne découvre l'iris, dont il est impossible de suivre exactement le contour interne ; et la pupille, qui tranche pourtant par sa coloration noire, se montre comme à travers un opale transparent.

Tout en haut de la cornée, on dirait d'un épanchement de sang ; ce sont de petits vaisseaux, extrêmement fins, déliés, serrés entre eux, qui empiètent d'un demi-centimètre sur la cornée et simulent, à s'y méprendre, une extravasation sanguine.

Il existe une légère déformation de l'œil ; la cornée est un peu plus bombée à droite qu'à gauche. La tension est égale des deux côtés.

Vision presque complètement abolie. Le malade, de son œil atteint, distingue bien les mouvements de la main proménée à un mètre devant lui ; il ne peut pas compter les doigts.

Jamais la moindre douleur ne s'est produite dans cet œil. L'autre œil est parfaitement sain.

L'affection, ai-je dit, a débuté au commencement d'avril.

Dès les premiers jours, le traitement institué par le docteur Liébaut a été des plus énergiques. Le 5, instillations, trois fois par jour, d'un collyre d'atropine à la dose de 2 centigrammes pour 10 grammes d'eau. Une potion : bromure de potassium, 5 grammes ; iodure de potassium, 10 grammes ; eau, 300 grammes. Une cuillerée avant chaque repas. En outre, un verre d'eau de Sedlitz, chaque matin.

Repos absolu de l'œil.

Le 7. Frictions résolitives à l'onguent napolitain et à l'extrait de belladone.

Le 14 avril. Deux pilules, chaque matin, de calomel à la vapeur, de résine de jalap et de scammonée, 5 centigrammes de chaque.

Une fois par jour, insufflations, sur la cornée, de poudre de calomel.

Le 21. Un verre d'eau de Pullna, le matin. Potion à l'iodure de potassium.

Le 28. Deux pilules écossaises. Collyre au borax et à l'eau de lavande.

Enfin, à la date du 2 mai, un vésicatoire camphré derrière l'oreille droite.

Ce traitement, on le voit, est des plus rationnels, il est surtout antiphlogistique ; et s'il a échoué entre les mains de mon confrère, le docteur Liébaut, si aucune amélioration n'a été obtenue, il faut bien se convaincre, pour expliquer cette inactivité de la médication, que la Kératite parenchymateuse diffuse est, de toutes les affections oculaires qui peuvent guérir, la plus rebelle assurément, celle qui se prolonge le plus. Généralement on doit s'estimer heureux, lorsque un mois ou six semaines suffisent pour en débarrasser le malade. Le plus souvent, il faut s'attendre à ce que sa durée soit de plusieurs mois. Dans certaines circonstances même, surtout lorsqu'on a affaire à un sujet débilité, la maladie peut dépasser une très longue période : à peine la guérison est-elle obtenue au bout de deux ans.

Après avoir relevé les différents symptômes objectifs chez Désiré C..., la première fois qu'il s'est présenté à ma consultation,

j'ai constaté, outre la diminution de la vision, un défaut de sensibilité et de réaction de la part de la cornée. Cette membrane, bien qu'enflammée, supporte facilement les influences extérieures, telles que l'air vif et la lumière. Il y a peu ou il n'y a point de photophobie. Le toucher, pratiqué légèrement, n'est point douloureux.

De plus, cette cornée n'absorbe que faiblement ; et on s'en rend facilement compte, en faisant des instillations d'atropine. Une, deux, trois, quatre instillations, à une heure d'intervalle, produisent à peine une dilatation sensible de la pupille.

Le lendemain, pareille inertie de la cornée.

Que faire, en présence de ce défaut absolu de réaction ?

Je sou mets le malade à un régime fortifiant, pendant toute la durée de son séjour à ma clinique. Dès le deuxième jour, autant pour calmer quelques symptômes de photophobie, que pour exercer un peu de compression sur la cornée, qui a une certaine tendance au développement staphylomateux, j'applique sur l'œil trois ou quatre tours de bande légèrement serrés.

Instillations fréquentes d'atropine.

Le 8 mai. Aucune amélioration ne s'étant produite, j'enlève par intervalles le bandage compressif, et je commence à faire des applications de compresses, trempées dans une infusion de sauge et de camomille très chaude.

Ces compresses aromatiques, maintenues à une température égale pendant une demi-heure, deux fois par jour, ont eu pour premier résultat, d'augmenter peut-être le trouble de la cornée, mais elles ont amené une injection périkeratique plus intense, et ont développé rapidement dans la membrane atteinte un surcroît de vitalité, dont la conséquence a été l'absorption facile des liquides instillés dans l'œil, la dilatation énorme de la pupille avec l'atropine.

Déjà, à la date du 10 mai, les compresses chaudes étant continuées avec régularité, le trouble cornéen a diminué, et le malade, au travers de l'opacité, distingue nettement les mouvements de la main, à un mètre, et commence à compter les doigts.

Le 15. La cornée s'éclaircit à la partie inférieure. Je supprime le bandeau compressif.

Application des compresses chaudes pendant une heure chaque fois, au lieu d'une demi-heure.

A partir de ce moment, une amélioration progressive se fait dans cet œil, et on peut déjà prévoir une guérison prochaine.

Le 22 mai. La cornée est transparente sur presque tous ses points. Un nuage très léger au centre et un peu à la partie supérieure de cette membrane.

De concert avec mon assistant et ami, le docteur Guichard, j'ordonne au malade de prendre, au milieu de chaque repas, pendant quinze jours, une pilule ainsi composée :

Iodure de potassium.....	0.25
Extrait mou de quinquina.....	0.75
Extrait de gentiane.....	q. s.

Pour une pilule.

En outre, trois heures par jour d'applications chaudes.

Le malade retourne chez lui.

20 juin. La guérison est complète. Bien que la transparence ne soit pas parfaite, toute trace d'inflammation a disparu, et on ne doit considérer le léger trouble qui persiste, que comme étant la conséquence forcée du travail morbide auquel la cornée a été soumise si longtemps.

Pour un observateur attentif, surtout s'il a soin de faire une comparaison minutieuse entre les deux yeux, il y a, à n'en pas douter, à droite, une exagération de la courbure de la cornée. Nous ne devons pas nous en étonner. Cette membrane a été affaiblie par de nombreuses poussées inflammatoires, et on doit toujours s'attendre à ce que, en pareil cas, soit par la perte de sa tonicité naturelle, soit par la destruction de quelques-uns de ses éléments superficiels, elle ait été dépourvue d'une partie de sa force de résistance, qu'elle cède plus facilement à la pression qui lui vient de l'intérieur de l'œil et qu'elle accuse, en fin de compte, un peu de déformation ou de développement staphylomateux.

OBSERVATION II (*Publiée par M. le Dr Ad. Piéchaud*).

J'ai publié, il y a quelques mois, dans la *Gazette des Hôpitaux*, (voir le numéro du 20 juillet 1876), une observation de Kératite parenchymateuse survenue chez un garçon de 16 ans, Désiré C..., vers le commencement d'avril 1876.

Cette inflammation, absolument indolente, avait résisté à un traitement énergique d'une durée de plusieurs semaines, et n'avait cédé qu'à la fin de juin, après des tentatives diverses, aux applications chaudes longtemps continuées.

Il était resté, la guérison achevée, un léger défaut de transparence de la cornée et une sensible exagération de courbure; mais je croyais déjà à cette époque que la membrane ne tarderait pas à reprendre ses fonctions, sa vitalité et son aspect normal. C'est ce qui est arrivé. Il a suffi de quelques semaines pour que tout rentrât dans l'ordre, que le nuage disparût entièrement et que la vision revînt aussi complète qu'auparavant.

J'étais loin, sans doute, de m'attendre à ce qui est survenu dans la suite chez mon malade, et j'ai été surpris tout à coup par une brusque explosion de phénomènes, dont, je dois le dire, je n'ai pas vu un seul exemple dans ma pratique.

Désiré C... avait repris depuis quelques jours son travail à la fabrique de bleu de Nogent-sur-Marne, et il ne se trouvait nullement incommodé par son œil droit, dont la vision était revenue en grande partie, lorsque, le 3 juillet, il se présente de nouveau à ma clinique, cette fois avec des symptômes d'inflammation à *l'œil gauche*.

Le malade s'est aperçu d'un peu de rougeur au sommet de cet œil, et voici ce que je constate : la cornée ne présente pas la moindre altération de transparence, mais tout à fait à sa partie supérieure, et empiétant sur son tissu de 2 millimètres environ, il y a un boursofflement de la conjonctive tellement rouge et injecté, que, comme la première fois, il simule une ecchymose. Je dirai même plus, la cornée à cet endroit est changée de forme, elle participe

au gonflement et elle donne l'aspect d'une plaie étroite de son bord, qui aurait été soulevée par un caillot de sang ou un débris de corticale.

Ce début d'inflammation a eu lieu sans la moindre souffrance, sans le plus petit changement appréciable de la vision.

Bien que je n'espère pas la résolution d'une inflammation qui se présente avec des caractères si insidieux, je prescris au malade des purgatifs salins, une pommade mercurielle belladonnée, et j'instille quelques gouttes d'atropine pour tâcher de diminuer cette propulsion en avant de la membrane. Les vaisseaux étant en très grand nombre et très serrés, j'en excise une partie d'un coup de ciseaux, comprenant dans mon excision une faible portion de conjonctive ; j'indique même un peu de compression.

Le lendemain et les jours suivants, pas d'amélioration. La cornée se trouble. Vers le 15 juillet, elle est totalement nuageuse. Le 25, l'opacité est uniformément répandue sur toute la membrane. Il y a impossibilité de découvrir l'iris. Le malade se congestionne facilement, et on note au toucher une élévation de température très marquée du côté gauche de la face. Ce fait n'est pas accidentel ; chaque jour, je suis à même de le constater, et le docteur Guichard, qui m'assiste, le constate avec moi.

J'essaye à plusieurs reprises et avec beaucoup de régularité les compresses chaudes ; elles ne me donnent aucun résultat.

A la fin de juillet, l'affection a fait d'énormes progrès, et les altérations de l'œil sont arrivées à un degré qui dépasse déjà les altérations que nous avons vues développées à l'autre œil, à la période du summum de l'inflammation. Obligé de quitter Paris, je confie le soin de ce malade à mes confrères, les docteurs Guichard et A. Miard.

La médication est poursuivie avec énergie ; elle consiste dans les compresses chaudes, dans une alimentation réparatrice, dans des pilules à l'extrait de quinquina, dans l'exercice et la gymnastique. La maladie s'accroît, la vision est nulle et l'œil paraît assez gravement compromis.

Çà et là, en plusieurs points, surtout en haut et en bas, des plaques de vaisseaux fins enserrant la cornée et empiètent sur elle.

Je laisse la parole à mon distingué confrère, le docteur A. Miard, qui assiste à une nouvelle phase, qu'on peut appeler la deuxième période de la maladie :

« Quand j'ai vu le jeune Désiré C..., son œil gauche a présenté au bout de quelques jours, une vascularisation énorme, recouvrant comme d'un pannus épais toute la cornée. Malgré la couche considérable de vaisseaux de nouvelle formation, on pouvait se demander où était la lésion primitive. La cornée, devenue opaque, ne permettait plus, bien entendu, de voir l'iris par transparence ; elle se confondait par sa coloration avec la conjonctive attenante. Le lacis vasculaire présentait des troncs énormes, partant d'un bord de la cornée et allant au bord opposé. A ce moment, on ne percevait pas de diminution de la pression intra-oculaire. Le larmoiement était considérable, mais la douleur locale était nulle et la photophobie relativement minime.

« A part quelques gros troncs vasculaires traversant la membrane cornéenne, le lacis vasculaire était uniforme ; les vaisseaux apparaissaient tellement nombreux, tellement serrés les uns à côté des autres, que l'opacité était absolue, et que, malgré les recherches les plus minutieuses, je n'ai pu découvrir de foyer d'appel à la vascularisation réparatrice. La lésion primitive devait donc être interstitielle et profonde. Le point de départ des vaisseaux était double, il provenait à la fois du tissu épiscléral et de la conjonctive.

« Jugeant à certains signes généraux, malgré les apparences d'une bonne constitution, que le lymphatisme entraînait pour quelque chose dans cet état si anormal dans son aspect et son exagération, que je ne me rappelle pas en avoir vu un semblable, j'ai fait un traitement, tout à la fois pour réveiller la nutrition générale et pour exciter la réparation locale, c'est-à-dire pour ramener, s'il était possible, la résolution de l'état local.

« Le traitement général a été : purgation avec trois verres d'eau de Sedlitz.

« Fer et vin de quinquina.

« Exercice au soleil, jusqu'à la sueur. Nourriture fortifiante.

« Pédiluves chauds, trois fois par jour, le matin, à midi, et le soir, avant les repas.

« Grands bains carbonatés avec frictions cutanées vives. »

Comme traitement local, j'ai prescrit :

« La continuation du collyre d'atropine, une goutte toutes les heures.

« Les lavages ou ablutions oculaires chaudes, aussi chaudes qu'elles pouvaient être supportées sans douleur.

« Des conserves *bleu-cobalt*, à forme concave.

« Enfin, à quatre ou cinq reprises différentes, j'ai pratiqué des scarifications péri-cornéennes. Ce traitement a été continué jusqu'au 27 août, date à laquelle j'ai cessé de voir le malade. »

J'ai tenu à relater tous les détails de la note qui m'a été laissée par le docteur A. Miard, pour prouver combien la médication a été énergique et suivie, et qu'il n'était pas possible de faire appel à de plus nombreuses et de plus actives ressources thérapeutiques.

Le 30 août seulement, je revois Désiré C..., et je suis frappé de l'aspect de son œil. Tandis que l'œil droit a repris sa transparence parfaite et sa conformation normale, l'œil gauche est rapetissé, la cornée a diminué de volume, elle est un peu aplatie, et les vaisseaux qui la recouvrent simulent un pannus charnu.

Pas la moindre sensibilité à la lumière, bien qu'il existe du larmoiement. Pas de sensibilité non plus au toucher. La conjonctive est rouge dans toute son étendue. On remarque, sur les bords du limbe conjonctival, les traces des nombreuses incisions qui ont été faites et qui tranchent par leur coloration grisâtre sur le fond rouge de la coque oculaire. J'emploie à dessein cette expression, indiquant par là qu'il n'y a plus pour ainsi dire ni conjonctive, ni cornée ; que toutes les membranes enveloppantes se sont fondues en un tissu de nouvelle formation, analogue à celui que l'on rencontre sur l'œil à la suite de trachomes qui datent de vingt ou trente ans.

Que faire en présence de tels symptômes ? Je ne dissimule pas au malade la gravité de son état, et je me borne à ajouter au traitement si complet déjà, une nourriture composée exclusivement de viande saignante, *presque crue*, à tous les repas, supprimant simplement et l'atropine et les ablutions chaudes qui ne produisent aucun effet.

Le 6 septembre, pas de changement dans l'aspect extérieur de l'œil. Même insensibilité de l'organe à toutes les excitations.

En palpant à travers la paupière, je crois reconnaître une diminution de tension ; et, en effet, les jours suivants, cette mollesse de l'œil est très appréciable. Je suppose qu'il se fait à l'intérieur un travail inflammatoire, et que nous allons assister aux phases d'une irido-choroïdite torpide, indolente, qui sera le prélude de la désorganisation. C'est mon avis, que partage également le docteur Miard, auquel je fais part de mes craintes. Je considère dès lors cet œil, non plus comme compromis, mais comme absolument perdu.

Le 11, état stationnaire.

Le 12, il me semble, à mon exploration des plus minutieuses, que la rougeur a un peu diminué et que la pression est moins faible.

De nouveau, j'ai recours à des purgatifs énergiques, j'augmente les doses de fer et de quinquina, et je reprends les compresses chaudes, quelque temps supprimées, avec cette recommandation *expresse* faite au malade, de ne les employer d'abord qu'avec beaucoup de ménagement et de venir me montrer le lendemain l'effet produit.

Le lendemain, il est évident que la vascularisation est moins forte. Tout le traitement général est continué.

Le 13, le 14, le 15, le 16. les vaisseaux diminuent de nombre et de calibre ; l'injection péri-cornéenne devient plus pâle.

A partir de cette époque jusqu'au 25 septembre, il n'y a pas de changement notable. Déjà cependant, à travers le lacis vasculaire, on peut presque soupçonner par transparence l'iris ou la chambre antérieure.

Les compresses sont appliquées du matin au soir, à une heure d'intervalle, et un quart d'heure chaque fois.

A la date du 26, je me hasarde à faire entre les paupières une toute petite application de la pommade au précipité jaune, ainsi composée :

Oxyde jaune de mercure.... 15 centigrammes.

Axonge..... 10 grammes.

que je laisse pendant vingt minutes en contact avec la cornée.

En même temps, je sectionne largement les vaisseaux conjonctivaux.

Le premier résultat de cette double thérapeutique m'encourageant, je sectionne à jour passé tous les gros troncs vasculaires, et j'augmente progressivement les doses de la pommade irritante, de même que j'augmente la durée de l'application ou du contact.

Le 8 octobre, les vaisseaux sont si peu nombreux, que je cesse toute scarification, et l'état de la cornée est tel, que l'iris se découvre au travers et se limite assez exactement.

Déjà, le malade distingue les mouvements de ma main promenée à quelque distance de son œil.

J'essaye derechef les instillations d'atropine, et j'ai la satisfaction de constater que la pupille réagit en se dilatant, quoique faiblement.

Que dirai-je ? Le mieux s'accroît chaque jour davantage. Chaque jour aussi, sans la moindre interruption, avec la même persévérance, sont continués les lavages chauds, la pommade à l'oxyde jaune et les onctions mercurielles autour de l'orbite. Ce dernier traitement a commencé le 26 septembre et se continue encore aujourd'hui.

Aujourd'hui 27 octobre, l'injection péri-kératique est presque nulle ; tous les vaisseaux ont entièrement disparu de la cornée, qui est revenue presque transparente avec sa conformation et son diamètre normaux. La tension de l'œil se rapproche beaucoup de celle de son congénère.

La vision revient, et le malade commence à lire.

Sous peu, la cornée retrouvera toute sa vitalité, aura repris sa limpidité première, et nul doute que la guérison soit des plus parfaites.

De tous ces faits, que conclure ? Que, dans ces kératites parenchymateuses ou interstitielles, indolentes, si graves, si désespérantes par leur durée, il faut s'attendre à toutes les surprises, et ne jamais se lasser de faire appel aux ressources de la thérapeutique, tant qu'il n'y aura pas mort absolue de l'organe, tant qu'il restera à notre disposition un stimulant quelconque pour ranimer la vie dans cet organe.

P.-S. — J'ai revu Désiré C... qui a eu la bonne idée de me faire visite, en avril 1892, une après-midi qu'il passait devant ma Clinique. Ses yeux, que j'ai longuement examinés, ne portent pas la moindre trace des anciennes altérations, et c'est à peine si l'on peut découvrir les cicatrices des excisions nombreuses que je lui ai faites. La vision est parfaite.

OBSERVATION III (*Inédite*).

(*Communiquée par M. le Dr Ad. Piéchaud*).

M. C..., 39 ans, rue de Maubeuge, s'est présenté chez moi à la date du 23 mai 1890, avec une Kératite parenchymateuse de l'œil gauche. Je l'ai vu pour la dernière fois le 22 août de la même année, entièrement guéri.

Il m'a été impossible d'établir nettement s'il y avait eu des antécédents syphilitiques. Le malade ne s'est rappelé avoir eu d'autres accidents qu'une blennorrhagie. Dans tous les cas, contrairement à la plupart des personnes atteintes de Kératite parenchymateuse, il a une constitution robuste, ne souffre jamais d'aucun malaise, et n'a point eu d'affection sérieuse.

Le 23 mai, à quelques semaines du début de la maladie, la cornée était entièrement trouble, la pupille à peine visible au travers. Cette pupille est restée plus d'un mois réfractaire à l'action de l'atropine. Elle n'a commencé à réagir que vers la fin du mois de juin. Tout le temps qu'a duré l'affection, j'ai soumis M. C... à un traitement reconstituant : Vin à l'extrait de quinquina et à l'eau-de-vie, arséniate de soude, etc. J'ai recommandé l'exercice; je crois même avoir conseillé l'usage des douches générales froides. Dans les premiers jours d'août, la vue s'est éclaircie, la pupille s'est largement dilatée, et, somme toute, j'ai trouvé le malade assez en bon état pour lui permettre de reprendre ses occupations qu'il avait un peu délaissées.

Le 8 juin de l'année suivante, M. C... a eu une fausse alerte. Il a été pris d'une Kératite au même œil. La maladie était bénigne, et je n'ai pas eu de peine à juger que ce n'était pas une récurrence. Le 17 juin, en effet, la guérison était complète. Je sais que le malade n'a pas eu de rechute depuis cette époque.

OBSERVATION IV (*Inédite*).

(*Communiquée par M. le Dr Ad. Piéchaud*).

Mme X..., atteinte de Kératite parenchymateuse de l'œil droit, n'a pas été en traitement chez moi. Elle a été soignée dans plusieurs cliniques, quinze ou seize mois. Elle s'est présentée à ma consultation au déclin de sa maladie, je puis dire, après sa guérison, car elle venait me consulter pour un leucome central masquant presque entièrement la pupille.

Ici, les antécédents sont nettement syphilitiques. La malade a été conçue, d'après les renseignements qui m'ont été donnés par sa mère, en pleine éclosion syphilitique. Le père, ivrogne et débauché, s'est marié au moment où il venait de contracter la maladie. Il a contagionné sa femme qui s'est trouvée enceinte au bout de peu de temps, et la jeune femme que j'ai eu à examiner, fruit de cette double contagion, a porté, en venant au monde, les attributs de la syphilis. Elle a eu des ulcérations par tout le corps, des abcès sans fin, des caries des os du bras et de l'avant-bras. Elle a perdu une grande partie de ses cheveux.

A 19 ans, malgré les conseils de sa mère qui avait été elle-même très éprouvée par la syphilis, elle a voulu se marier. Le produit de ce mariage a été un enfant du sexe masculin, rachitique à la dernière puissance, couvert de boutons et de pustules, qui est mort à l'âge de 3 ans 1/2 d'une méningite, m'a-t-on dit.

Quant à la jeune femme, très chétive, toujours souffrante, ayant des maux de tête continuels, sa Kératite a duré environ 15 mois.

Elle paraît avoir cédé définitivement à la médication toujours continuée de l'iode de potassium pris, isolément ou associé au mercure.

OBSERVATION V (*inédite*).

(*Communiquée par M. le Dr Ad. Piéchaud*).

Mlle X..., âgée actuellement de 17 ans 1/2, en traitement depuis de longues années pour sa santé générale, chez M. le Dr Campenon, professeur agrégé, a commencé à avoir, au mois d'octobre dernier, un peu de conjonctivite à l'œil droit, auquel personne n'a pris garde dans son entourage. Vers le commencement de décembre, un parent de la famille, médecin, s'est aperçu d'un léger trouble de la cornée, et a envoyé aussitôt la jeune malade chez M. Campenon. M. le Dr Campenon, après lui avoir indiqué un traitement général, a bien voulu me la confier pour les soins à donner à son affection oculaire.

J'ai constaté, à la première visite (13 décembre 1891), l'existence d'une Kératite parenchymateuse diffuse. Cornée infiltrée superficiellement. Pupille nuageuse. Injection périkeratique assez marquée. Pas la moindre douleur. Sensation de graviers dans l'œil. Paupière supérieure tuméfiée et tombante. Un peu de larmoie-ment. Rougeur dans les culs-de-sac conjonctivaux. En somme, en dehors de la kératite, tous les signes d'une conjonctivite ancienne, celle qui avait été signalée dès le début. Cet état particulier a nécessité quelques cautérisations qui ont fait disparaître promptement la gêne et l'embarras des paupières.

Jusque dans les premiers jours de mars 1892, la Kératite a eu une marche ascensionnelle. La cornée s'est troublée au point de rendre la pupille totalement invisible. Il n'y a qu'une toute petite portion périphérique externe d'environ un millimètre et demi qui n'ait pas subi d'altération. A travers, on distinguait le pourtour de l'iris.

Chez cette malade, la scrofule régnait en maîtresse. Il m'a été impossible de l'interroger, et d'interroger la mère. Bien qu'il y ait eu, il y a quelques années, des ulcérations de voile du palais, et qu'une perforation en ait été la conséquence, M. le Dr Campenon m'a déclaré qu'il n'y avait point de contagion héréditaire. La jeune fille est mal portante, nerveuse, chétive, sans appétit, presque constamment fiévreuse, exténuée, à bout de forces pour un rien; elle a des souffrances de l'estomac continuelles, parfois des vomissements, un sommeil agité et plein de rêves, etc.

Dans la première quinzaine de mars, il s'est produit une rétrocession dans les symptômes. La cornée a commencé à s'éclaircir, et à chacune de mes consultations, c'est-à-dire d'une semaine à l'autre régulièrement, j'ai pu constater que l'obnubilation était moins profonde. Ce qui le prouve surabondamment, c'est que j'ai pu apercevoir, dès cette époque, la petite circonférence de l'iris; j'ai précisé à chaque séance, à l'aide de l'ophtalmoscope, à partir de ce jour, le progrès que faisait la transparence de la cornée. C'est de mars que date la rétrocession; elle a été continuée sans le moindre obstacle jusqu'au 13 juin dernier.

A cette dernière date, j'ai pu considérer la guérison comme définitive. M. Campenon et moi, nous attendions ce moment pour envoyer la jeune fille à la mer. Il est inutile de dire que pendant toute la durée de sa maladie, elle avait été soumise à un régime reconstituant, en même temps qu'au traitement local réclamé par son affection oculaire. Huile de foie de morue blanche. Sirop de raifort iodé. Bromure de potassium (sirop de Laroze, une cuillerée). Frictions quotidiennes sur tout le corps avec de l'eau de Cologne mélangée d'eau. Douches, quand la température permettait de les supporter sans inconvénient.

Pendant ce temps, au traitement local consistant en instillations d'atropine, compresses chaudes, solutions bariquées, etc., j'ai ajouté l'arséniate de soude à l'intérieur.

Voici, du reste la dernière ordonnance de M. Campenon, après mes instructions personnelles à la malade. Séjour de trois mois à la mer. Bains de mer de quelques secondes; le temps de se tremper dans l'eau. Promenades au grand air, pêche. Après le bain,

frictions au gant de crin. S'abstenir de toute lecture, et ne s'actionner à aucun travail.

Régime : Viande saignante. Pas de farineux, pas trop de légumes, si ce n'est du cresson. Très peu de pain. Très peu de liquides.

En fin de compte, la maladie a duré huit mois, si nous supposons qu'elle a commencé à évoluer en octobre 1891. Sa marche ascensionnelle a été de cinq mois. Sa marche régressive n'a été que de trois mois, ce que l'on peut considérer comme un résultat inespéré, étant donné le caractère absolument torpide de l'inflammation cornéenne, et l'état de délabrement et de faiblesse de l'organisme.

OBSERVATION VI (*Recueillie à la clinique du D^r Abadie*).
(11 juillet 1892).

René S..., âgé de 7 ans. Il y a deux ans, Kératite parenchymateuse d'un œil ; au bout de huit jours, l'autre œil a été pris. Traitement pendant deux ans par le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, le vin de quinquina ; amélioration très légère qui allait en augmentant pendant le temps que le malade vivait au grand air. Au retour de la campagne, la situation empirait. Après deux ans seulement, la photophobie et les douleurs sont diminuées, et, à ce moment, M. Abadie a commencé un traitement par l'injection mercurielle sous-conjunctive. Depuis le 2 janvier jusqu'à il y a dix jours, il ordonne des douches de vapeur, mais une amélioration notable avait eu lieu avant le traitement par les douches.

La mère de cet enfant est bien portante ; le père est rhumatisant et cardiaque, très faible de constitution, car il appartient à une famille de phthisiques ; son frère et sa sœur sont morts de tuberculose.

Quant à René S..., il est très chétif, très nerveux. Les dents sont petites, espacées, crénelées. M. Abadie lui fait des injections sous-conjonctivales, etc.

Sublimé.	1 gramme.
Chlorure de sodium	2 —
Eau	100 —

De cette solution, une seringue de Pravaz.

Ces injections sont douloureuses. Pour éviter les douleurs, on peut ajouter dans la seringue, au moment de l'injection, deux divisions d'une solution de cocaïne à 3 0/0, mais ce mélange présente l'inconvénient de donner un précipité blanc. Le petit malade a bénéficié d'une grande amélioration. Il est toujours en traitement.

Dans ces derniers temps, M. Abadie a remplacé chez ses malades les injections de sublimé par des injections de la solution suivante :

Cyanure d'hydrargyre	1 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 50 c.
Eau	100 gr.

Le cyanure d'hydrargyre a l'avantage de ne pas donner de précipité en présence de la cocaïne; l'injection est moins douloureuse et l'efficacité aussi grande.

OBSERVATION VII (*Communiquée par M. le Dr Martin, de Bordeaux*)
(24 juin 1892).

Petit garçon de 14 ans. Il y a cinq ans et demi, il a eu une Kératite à l'œil gauche qui a duré quatre mois et qui fut traitée par : 1° un collyre au sulfate d'atropine (une goutte matin et soir); 2° des compresses chaudes d'infusion de camomille pendant une heure; 3° du sirop de Gibert. La cornée est parfaitement guérie, la maladie n'a pas laissé de troubles de réfraction.

Père rhumatisant, mère bien portante, sujette à la migraine. Sur huit enfants, cinq morts à l'âge de 8 à 9 mois par convulsions.

Le second œil vient d'être pris d'une Kératite interstitielle: par conséquent, un intervalle de cinq ans depuis la Kératite de l'autre œil.

L'enfant présente des ganglions sous-maxillaires, il est maigre, cachectique des dents, petites, crénelées, avec sillons transversal et vertical.

Ce malade, que j'ai vu pour la dernière fois, il y a une dizaine de jours, allait déjà mieux, l'infiltration cornéenne était moindre. Voici le traitement que je lui ai fait suivre :

1. Atropine.
2. Compresses chaudes.
3. Un gramme d'iodure de potassium.
4. Deux pilules de sublimé de un centigramme.

OBSERVATION VIII (*Communiquée par M. le Dr Martin*).

Il s'agit d'une jeune fille orpheline, dont les antécédents de famille sont inconnus, qui a eu, à diverses reprises, de la Kérato-conjonctivite lymphatique des deux yeux. A l'âge de 12 ans, elle fut atteinte d'une surdité portant sur les deux oreilles, qui fut traitée sans succès par un spécialiste de la ville. A cette époque, l'iodure de potassium fut administrée *largà manu*. A 13 ans, elle me fut conduite pour un trouble de la cornée droite. Je portai le diagnostic de Kératite parenchymateuse. Je notai une acuité de 1/10 du côté de l'œil malade, et de 1/1 sur l'autre œil. Je prescrivis l'usage de l'iodure de potassium interrompu depuis trois mois seulement. J'ordonnai également l'huile de foie de morue, des instillations d'atropine et des compresses chaudes. Huit jours après le début de ce traitement, constatant que la cornée devenait de plus en plus trouble, je me décidai à pratiquer des injections de sublimé précédées d'une injection de cocaïne. La solution de cocaïne dont je me suis servi avait pour formule :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50 c.
Eau distillée.	10 —

La solution du sublimé était celle-ci :

Bichlorure d'hydrargyre	0 gr. 50 c.
Chlorure de sodium.	1 —
Eau distillée	50 —

Cinq minutes après avoir injecté une demi-seringue de la solution de cocaïne, j'injectai une seringue entière de l'autre solution. Quelques médecins remplissent la seringue au 2/3 de cette dernière solution et font pénétrer dans l'autre 1/3 la solution de cocaïne pour injecter le tout ensemble, en laissant écouler un certain temps après la pénétration de la cocaïne. Je condamne cette pratique par le double motif que la solution cocaïnique se mélange dans l'intérieur de la seringue avec la solution hydrargyrique et qu'elle forme un précipité. Je préfère injecter successivement les deux solutions, en ayant la précaution de laisser en place l'aiguille et de ne charger la seringue de sublimé, qu'après l'avoir nettoyée avec de l'eau distillée.

Pendant deux mois, j'ai pratiqué à cette jeune fille trois injections par semaine au niveau des fosses sus-épineuses. J'ai eu la satisfaction de voir sa cornée s'éclaircir beaucoup plus tôt que d'ordinaire vers la septième semaine. L'autre œil ne fut pas atteint.

Pendant le troisième mois de la maladie, j'ordonnai l'iodure de potassium à la dose de un gramme par jour; et, pendant le quatrième mois, bien que la cornée fût à peu près transparente, je fis prendre chaque jour une pilule de un centigramme de sublimé. Il y a un an que ce traitement est terminé, l'acuité de l'œil est très sensiblement égale à l'unité, et l'autre œil est encore exempt de toute atteinte. J'insiste sur ce point, car j'ai tout lieu de croire que le traitement des injections, commencé de bonne heure, l'a préservée du mal dont le congénère a été frappé.

Il n'est pas inutile de faire remarquer ici que la cornée se troublait après un traitement ioduré qui a duré près d'une année.

Notons également que le traitement hydrargyrique qui, à notre avis, a été si utile à la cornée, n'a nullement modifié l'état de la surdité.

OBSERVATION IX (*Communiquée par M. le Dr Martin*).

En novembre 1891, la nommée M. M..., âgée de 11 ans, non encore réglée, me fut conduite pour un trouble de la cornée gauche datant de quelques jours. C'était une Kératite parenchymateuse à son début. Je venais de traiter avec succès la jeune orpheline dont il est question dans l'Observation précédente, et j'attribuais le succès obtenu à l'emploi immédiat des injections hypodermiques de sublimé dès les premiers jours ; en même temps, je prescrivais de l'atropine et des fumigations chaudes. Sans retard, j'ai commencé ces injections (chaque jour, un centigramme de sublimé), et je les ai continuées pendant *six semaines*, en les faisant précéder d'une injection de cinq milligrammes de cocaïne. Chez cette malade, l'iodure de potassium ne fut employé que vers la fin du second mois, alors que l'infiltration cornéenne était déjà tout-à-fait en voie de résolution. Ai-je eu à faire, dans ce cas, à une forme légère de Kératite, ou le traitement a-t-il été tout particulièrement efficace ? En tout cas, à la fin du quatrième mois, la résolution de l'infiltration était à peu près complète avec une acuité de 2/3 et une myopie de deux dioptries. L'œil droit, de son côté, est resté indemne de tout mal, en conservant son emmétropie. Ici, l'origine spécifique est nette : le père, ancien soldat, avait contracté au régiment une syphilis qu'il avait soignée assez légèrement. Il se maria six ans après, et la mère, avant d'avoir l'enfant, objet de cette Observation, avait eu deux fausses couches. Les dents de la malade sont assez caractéristiques, et elles rappellent l'aspect décrit par Hutchinson. J'ai appris, ces jours derniers, que les troubles de l'oreille s'étaient manifestés il y a un mois environ ; mais les renseignements incomplets que j'ai reçus ne m'autorisent pas à dire que ces accidents soient manifestement syphilitiques : c'est probable, mais pas certain.

OBSERVATION X (*Communiquée par M. le Dr Martin*).

Mlle J. . a eu, vers l'âge de 12 ans, une double Kératite parenchymateuse, qui commença par l'œil droit. Le traitement local consista, comme dans le cas de Mlle M..., en instillations d'atropine et en compresses chaudes aromatiques. A l'intérieur, on fit prendre, pendant plusieurs mois, le *sirop de Gibert*, à la dose de deux cuillerées par jour; au bout de six mois, le résultat visuel fut tout-à-fait exceptionnel. Il était impossible de découvrir sur les cornées la moindre infiltration, l'acuité était égale sur *chaque œil* à 2/3 avec une myopie à droite de cinq degrés, et à gauche de deux degrés. Sur le premier œil existait également un astigmatisme cornéen de un degré, et à gauche de 1,50 degrés.

Il est probable que cette myopie constatée seulement après la disparition de la Kératite n'existait pas antérieurement, et qu'elle est due à un spasme du muscle ciliaire survenu pendant la durée de l'infiltration cornéenne. Depuis que mon attention est attirée sur l'apparition de cette manifestation pendant le cours d'une Kératite parenchymateuse, je l'ai rencontrée dans près d'un quart des cas.

Deux ans environ après la disparition du mal cornéen, les deux oreilles deviennent le siège de phénomènes pathologiques diversement appréciés par les médecins qui ont été appelés à la soigner. Ces phénomènes conduisirent rapidement à une surdité complète. Ce n'est qu'en regardant le mouvement des lèvres de la personne qui lui parle qu'elle peut se rendre compte de ce qu'on lui dit. Pour lutter contre cette surdité, on a essayé, pendant deux mois, des injections hypodermiques de sublimé, sans obtenir le moindre résultat.

La sœur unique de cette malade est morte d'une phtisie galopante, après avoir présenté diverses affections osseuses, au sujet desquelles le diagnostic resta en suspens.

Malgré les recherches les plus attentives poursuivies pendant des années, il a été impossible au médecin traitant de découvrir,

chez la mère et le père, le moindre accident spécifique. Le père, questionné à diverses reprises, a toujours exprimé, avec la plus entière bonne foi, qu'il n'avait jamais contracté le moindre chancre. A l'heure actuelle, considérant la nature des lésions présentées par les deux enfants, il ne peut être douteux que l'une et l'autre ont été atteintes d'une syphilis héréditaire.

OBSERVATION XI (*Communiquée par M. le Dr Martin*).

Mlle M..., père syphilitique, a eu une double Kératite parenchymateuse à l'âge de 8 ans. L'œil droit fut le premier et le plus fortement atteint. Pendant la première semaine de la maladie, le traitement consista en instillations d'atropine et en compresses chaudes répétées plusieurs fois par jour. En même temps, je fis prendre 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Le traitement ioduré fut prolongé avec quelques interruptions pendant près de deux années. Parfois, j'ai ordonné du quinquina et des préparations ferrugineuses.

La maladie de chaque œil dura environ cinq mois. La guérison ne fut pas complète, surtout sur l'œil droit; des infiltrations cornéennes qui persistent encore ne permirent qu'un retour fort imparfait de la vision; à droite l'acuité devint égale à $\frac{1}{3}$, et à gauche à $\frac{2}{3}$, avec myopie sur l'un et l'autre œil de deux dioptries. Cette myopie n'existait pas avant l'apparition de la Kératite.

L'année suivante, c'est-à-dire en 1883, l'enfant présenta de la surdité des deux oreilles, surdité qui résista à tous les traitements institués par divers spécialistes très compétents et qui virent dans les accidents des oreilles la même cause spécifique que nous avons invoquée pour la Kératite.

Quelques mois après le début des phénomènes dont il vient d'être question, l'enfant eut une perforation du voile du palais qu'on eut beaucoup de peine à cicatriser, malgré l'emploi presque immédiat du fer rouge en cautérisation.

Ce cas, dans lequel le traitement général constitué par l'iodure de potassium à doses fortes et prolongées pendant des années, montre bien que ce médicament ne lutte que d'une façon fort incomplète contre le principe du mal. La Kératite du second œil, à vrai dire, fut moins intense que celle du premier. Mais, remarquons-le, c'est après un usage déjà assez prolongé de l'iodure de potassium que les oreilles et le voile du palais furent si fortement atteints.

Frappé de ces résultats, à partir de ce moment, j'ai toujours associé aux préparations iodurées, un sel hydrargyrique et tout particulièrement le sublimé soit en pilules, soit en injections.

Je n'ai jamais pratiqué d'injections sous-conjonctivales de sublimé dans les cas récents de Kératite parenchymateuse. Dans cette maladie, les troubles de circulation et de nutrition sont tels que j'ai toujours pensé que le liquide de l'injection, loin de favoriser la circulation intime de la cornée, ne ferait que l'entraver; mais en présence d'une maladie éteinte, ayant laissé après elle des infiltrations prononcées dans le tissu cornéen, je me suis cru autorisé à pratiquer quelques injections sous-conjonctivales selon la méthode du Dr Darrier. Les résultats que j'ai obtenus sont peu encourageants.

OBSERVATION XII (*Communiquée par M. le Dr Martin*).

C'est chez une jeune fille d'une quinzaine d'années dont le père avait été manifestement atteint de syphilis que j'ai fait cette tentative au mois de mars de cette année. Vers le mois de février 1891, une Kératite parenchymateuse débuta sur son œil droit; un mois après, l'autre œil fut pris, le traitement ordonné par le médecin consista seulement en instillations d'atropine, huile de foie de morue et séjour au bord de la mer.

Ce traitement, bien que rationnel, ne procura qu'une guérison incomplète, car lorsque je revis la malade, un an après, les deux

cornées étaient également troubles et l'acuité de chaque œil de $\frac{2}{5}$ seulement. J'hésitai tout d'abord entre la tonsure conjonctivale (circoncision) et les injections sous-conjonctivales; je me décidai pour ces dernières. Pendant un mois, deux fois par semaine, après avoir instillé dans le sac conjonctival quelques gouttes d'une solution de cocaïne, j'ai injecté sous la muqueuse deux gouttes environ d'une solution de sublimé au $\frac{1}{1,000}$. Ce traitement fut parfaitement supporté, mais ne produisit aucune amélioration à droite et une bien minime à gauche. Car de $\frac{2}{5}$ la vision passa seulement à $\frac{1}{2}$ et encore très difficilement.

Depuis lors, il n'y a eu aucun changement et la malade refuse pour le moment toute autre intervention.

OBSERVATION XIII (*Communiquée par M. le Dr Martin*).

En 1884, un enfant de 12 mois me fut conduit pour une tumeur lacrymale que j'opérai par rétablissement du conduit et le passage réitéré d'une sonde de Bowman de moyen calibre.

La maladie datait de trois mois et fut guérie en moins de deux. Vers la fin du traitement, quel ne fut pas mon étonnement de constater que la cornée de l'œil que je sondais était le siège d'une infiltration parenchymateuse caractéristique.

Quinze jours après, l'autre œil se prenait de la même façon. Ici, l'origine spécifique n'étant pas douteuse : *les dents* étaient très petites, pointues et très peu adhérentes.

Le père reconnaissait s'être marié deux ans après avoir contracté une syphilis, dont il n'était pas encore parfaitement guéri malgré un traitement judicieux.

La double Kératite interstitielle de cet enfant fut traitée par l'iodure de potassium et le sirop du Gibert pendant quatre mois. Au bout de ce temps, la cornée commença à reprendre sa transparence. Deux ans après, j'ai appris que l'enfant avait été conduit

à Paris près du professeur Duplay pour une affection osseuse d'un tibia.

L'année suivante, l'enfant est mort à Toulouse d'une angine diphthéritique.

Un point intéressant serait de savoir si la tumeur lacrymale observée chez cet enfant à l'âge de 12 mois, chose très rare à cet âge, était comme la Kératite d'origine spécifique.

Considérant que cette tumeur lacrymale n'était pas due à une affection osseuse, qu'elle n'était pas congénitale et qu'il existait un coryza chronique, il est probable que la tumeur lacrymale était liée indirectement à la syphilis, cause vraisemblable de l'inflammation de la muqueuse nasale.

OBSERVATION XIV (*Recueillie chez M.^{lle} Dr Abadie*).

(17 juillet 1892).

Jeanne M..., âgée de 29 ans, a été prise, il y a quatre mois, de Kératite parenchymateuse.

Selon le dire de la malade, elle a reçu un coup dans l'œil, qui a produit une ecchymose d'une durée de quinze jours; après la disparition du sang, la malade a remarqué que l'œil est devenu trouble et que, petit à petit, la vision diminuait.

Elle a commencé à se soigner le 13 juin : onguent napolitain en frictions sur la tempe. Jusqu'au 20 juin, elle n'a pas eu d'amélioration; ni la photophobie, ni les douleurs n'ont disparu. Mais, à partir du 20 juin, elle était mise au traitement par les injections au sublimé faites deux fois la semaine.

Cyanure d'hydrargyre..... 0 gr. 50 cent.

Chlorhydrate de cocaïne..... 0 — 25 —

Eau distillée..... 30 —

La malade va beaucoup mieux; l'infiltration tend à disparaître et la guérison ne se fera pas attendre.

L'autre œil a été pris deux mois après.

OBSERVATION XV (*Recueillie chez M. le Dr Abadie*).

Cathérine R..., âgée de 12 ans 1/2; père bien portant; mère très débile.

La malade a eu une fièvre typhoïde et la scarlatine; après 15 jours de convalescence, elle a été prise de Kératite parenchymateuse à l'œil droit. Peu de douleur, photophobie. L'autre œil a été atteint après 3 mois de traitement par la pommade jaune, l'atropine et douches de vapeur. Trois ans et demi de traitement sans résultat bien sérieux, une amélioration très légère selon le dire de la malade. Il y a cinq semaines environ que la malade a été traitée, chez M. Abadie, par les injections sous-cutanées, au sublimé, à l'atropine, les lunettes foncées. L'amélioration qu'elle a ressentie est telle qu'elle est arrivée à se conduire seule, tandis qu'elle avait été obligée d'avoir un guide. En fin de compte, l'œil droit ne peut rien voir, tandis que l'œil gauche peut distinguer assez facilement mes doigts à une distance de 1 mètre et demi.

Voûte palatine excavée, dents avec des rayures verticales, peu espacées; en somme, presque pas de signes de Hutchinson; constitution faible, nerveuse, comme du reste celle de sa mère.

L'œil gauche porte une tache bleue au centre de la cornée. A l'œil droit, la tache est beaucoup plus considérable, de telle sorte, qu'elle couvre toute la partie pupillaire.

Injection péri-kératite des deux yeux.

OBSERVATION XVI (*Recueillie chez M. le Dr Abadie*).

Charlotte M..., âgée de 19 ans 1/2; parents, père et mère, morts poitrinaires.

Au 1^{er} avril 1892, a eu une Kératite parenchymateuse à l'œil droit, et, 12 jours après, l'œil gauche a été atteint. Larmoiement, douleurs sous-orbitaires vives avec des accès plus ou moins forts.

Traitement, le 7 avril, par M. Abadie.

Injectons sous-cutanées, tous les deux jours, avec le cyanure hydrargyrique; instillations de l'atropine. 36 injections en sont appliquées tous les deux jours, avec un repos de 18 jours. Par conséquent, 3 mois de traitement. Amélioration à la suite. Il reste un petit nuage qui n'empêche pas la maladie de lire, quoique un peu difficilement.

OBSERVATION XVII (*Recueillie dans le service de M le professeur Panas*).

Emile B..., âgé de 25 ans; parents bien portants; a eu trois frères, ses aînés, qui sont morts presque en naissant.

Le malade habite la campagne. A l'âge de 4 ans, il a eu Kératite parenchymateuse d'un œil, pour laquelle on lui a fait instiller seulement des gouttes d'atropine; guérison complète. Après 14 ans, seconde Kératite parenchymateuse, consécutivement à un séjour de six années à Paris; traitée par M. Dehenne, pendant 7 mois, par les compresses chaudes, vapeurs d'eau chaude, atropine et sirop de Gibert. Amélioration, mais pas de guérison. Un leucôme central, pour lequel a été pratiquée une iridectomie. Six mois après cette iridectomie, la tache a en partie disparu, mais le malade ne voyait point nettement les objets. Cet état a duré 6 ans, après lesquels il y a eu Kératite parenchymateuse au second œil et récidive à l'autre.

M. Dehenne lui instille de la cocaïne et une pommade noire, selon d'après le malade; donnant le sirop de Gibert, les compresses horiquées, la nuit, pendant 3 mois. Pointes de feu, injections de pilocarpine pendant 6 jours, une fois par jour.

M. Valade a soigné également le malade aux Quinze-Vingts. Compresses chaudes toutes les dix minutes.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, où il reste 11 mois. M. Panas traite par des compresses chaudes, des douches de vapeurs, l'atropine, les injections sous-cutanées, le biiodure de mercure; après

10 injections de ce médicament, 15 jours d'iodure de potassium. Une amélioration de l'œil gauche très sensible, car en entrant à l'hôpital cet œil voyait seulement le jour, tandis que maintenant il peut compter les doigts à une distance de 1 mètre et demi.

Pendant ce temps-là, l'œil droit s'aggravait au point ne plus voir le jour seulement. M. Panas lui a fait une péritomie à l'œil le plus malade et des pansements au sublimé. L'amélioration s'est produite au même degré qu'à l'autre œil, car le malade a pu également compter les doigts. On continue à le traiter par des douches de vapeur. On continue aussi à le traiter par la pommade d'oxyde jaune et 30 centigrammes d'iodure à l'intérieur, sel de calcium à l'intérieur.

OBSERVATION XVIII (*Communiquée par M. le Dr Sous, de Bordeaux*).

Cette observation est accompagnée de quelques réflexions générales et d'un tableau synoptique.

Etiologie : *Syphilis. Rhumatisme. Causes inconnues.*

Les malades ne présentent aucune trace d'accidents syphilitiques, en général, si l'on n'excepte la conformation des dents, signalée par Hutchinson ; mais cette conformation manque dans plus d'un cas. C'est dans les renseignements fournis sur la santé des parents, père, mère, frères et sœurs du malade, que l'on peut avoir des données sur la possibilité d'une syphilis héréditaire.

Dans cinq cas, le rhumatisme était la cause évidente. 1° M. S. ., de Bordeaux, a un rhumatisme articulaire au genou gauche, qui le tient alité pendant trois mois environ. Pendant la convalescence, l'œil gauche est atteint de Kératite diffuse. Au second mois de sa maladie oculaire, le genou gauche devenant douloureux pendant la marche, je lui conseille d'aller à Dax, où il reste vingt-cinq jours,

et il revient guéri de la Kératite et de ses douleurs au genou. Deux ans après, l'articulation du genou devient rouge et douloureuse, il est obligé de s'aliter pendant une dizaine de jours. Pendant qu'il était alité, la vue de l'œil droit se trouble et présente les symptômes de Kératite diffuse. Au trente sixième jour de sa maladie oculaire, il se rend de nouveau à Dax, et il en revient guéri un mois après. 2^e M. S., 25 ans, maçon à la campagne, a eu un rhumatisme articulaire au genou droit, il y a huit ans, qui le tint alité pendant six mois. Depuis, il a de temps en temps des douleurs dans cette articulation. A la suite d'une nouvelle poussée inflammatoire, il fut pris de Kératite diffuse à l'œil droit. Je l'engageai à aller à Dax, mais je n'en ai pas eu de nouvelles depuis.

Un de mes malades a attribué sa maladie à l'emploi de la vératrine. Comme il avait remarqué qu'il entendait moins bien de l'oreille droite, il employa une pommade de vératrine qu'il appliquait tous les soirs derrière l'oreille droite, au niveau de l'apophyse mastoïde. Au seizième ou dix-septième jour de ce traitement, il fut pris de Kératite diffuse à l'œil droit. La cause indiquée par ce malade n'est probablement pas exacte. La présence de cicatrices d'adénite suppurée au cou indiquait un état strumeux, probablement la cause unique de sa maladie. Je conseillai le séjour sur les bords de la mer, et M. P. se rendit dans sa famille, près d'Audenge, où il ne tarda pas à être guéri.

Fait observé en 1872. Analogie avec ceux signalés par Wecker, etc.

Kératite diffuse

*1^o Classification de 183 cas suivant l'âge, le sexe
et le lieu d'habitation*

AGE.	SEXE MASCULIN.		SEXE FÉMININ.		TOTAL.
	VILLE	CAMPAGNE	VILLE	CAMPAGNE	
De 0 an à 1 an.	7	6	»	»	»
De 1 an à 5 ans.	10	11	»	»	»
De 6 ans à 10 ans.	13	9	5	7	24
De 11 ans à 15 ans.	3	4	14	13	34
De 16 ans à 20 ans.	6	8	15	16	34
De 21 ans à 25 ans.	3	6	»	12	45
De 26 ans à 30 ans.	2	4	»	»	21
De 31 ans à 40 ans.	»	2	2	5	9
	44	50	36	53	
	94		89		183

*2^o Classification des 183 cas suivant le mois
où la maladie a débuté*

Janvier.	28	Juillet.	9
Février.	8	Août.	5
Mars.	18	Septembre.	9
Avril.	30	Octobre.	8
Mai.	9	Novembre.	4
Juin.	38	Décembre.	17

CHAPITRE IV

Traitement.

Des nombreuses Observations qui accompagnent ce travail se dégage une opinion générale sur le traitement préconisé dans la Kératite parenchymateuse; car il n'est pas une de ces Observations qui n'indique, d'une manière précise, tout ce qui a été fait, tout ce qui a été tenté, pour couper court à l'inflammation; et, il faut bien le dire, si les opinions ne sont absolument d'accord au point de vue de la maladie elle-même, il résulte de l'examen attentif de ces Observations, que les ophtalmologistes sont à peu près d'accord sur le mode de traitement, puisque tous professent que la maladie provient d'une débilité extrême, et qu'il faut relever, par une médication tonique, la constitution affaiblie.

Passons maintenant en revue les méthodes thérapeutiques de la plupart des auteurs, ce qui nous donnera l'occasion d'étudier à mesure la pathogénie de la Kératite parenchymateuse. Avant de faire cette révision, nous devons établir quelques données générales très courtes.

La médication est en principe subordonnée à la cause et l'on doit tout d'abord répondre aux indications qui nous sont données par le tempérament propre de l'individu et par les influences extérieures et diathésiques qui ont engendré la maladie.

Cela étant admis, et une large part étant faite, soit au rhumatisme, soit à la scrofule, soit même à la syphilis, il ne faut pas oublier, d'abord, que la Kératite parenchymateuse est l'apanage des constitutions débilitées, et, en second lieu, que le devoir qui s'impose est de régénérer cette constitution. Par conséquent, il faut faire appel à toutes les ressources thérapeutiques qui sont de nature à opérer une rénovation complète de l'individu.

Relativement à l'état local, l'atropine, les compresses ou ablutions chaudes, aromatiques, les solutions antiseptiques et, au besoin, dans les cas de torpeur de la maladie et de manque absolu de réaction, les pommades irritantes, etc., etc., toutes ces choses doivent être, bien entendu, la base ou, si l'on veut, les préliminaires de la médication. Car, ne l'oublions pas, ce qui, dans la plupart des affections de l'œil, est l'objet principal devient ici la préoccupation secondaire. Le traitement appelé d'ordinaire *adjuvant* constitue, dans la Kératite parenchymateuse, un élément de la plus haute importance. Il n'est pas d'agent tonique qui ne soit mis à contribution et qui n'ait une vertu ; il nous suffirait pour cela de nous rapporter au traitement si logique et si complet qui a été institué par M. le Dr Campenon et concurremment par M. le Dr A. Piéchaud chez une de leurs malades (Obs. V).

Nous résumons ces indications qui se présentent, du reste, chez tous les malades, en disant que le traitement général consiste surtout dans l'hygiène rigoureuse : exercice au grand air, abstention de travail et de préoccupations de l'esprit, etc.; et, suivant l'expression que nous avons employée, dans la médication tonique *intensive*, se résumant dans l'emploi des ferrugineux, arsénicaux, l'huile de morue, les bains de mer, l'hydrothérapie, etc., etc. Il importe parfois, pour aider l'absorption de l'atropine qui ne se fait pas à cause d'une stase sanguine, de recourir à quelques injections sous la peau, au voisinage de l'orbite, d'une faible solution d'ergotine.

Nous tenons à publier *in extenso* les considérations sur la nature et le traitement de la Kératite interstitielle diffuse, par M. le professeur Panas (*Archives d'ophtalmologie*) :

Sous la dénomination de Kératite parenchymateuse ou interstitielle diffuse, on entend une affection de la cornée, caractérisée par un trouble nuageux profond de cette membrane et une vascularisation variable de ce tissu. A cela s'ajoute presque toujours une exfoliation par place de l'épithélium, qui accentue davantage l'aspect terne de cette membrane.

Cette maladie affecte l'adolescence, contrairement à la Kératite phlycténulaire, qui attaque l'enfance; c'est ainsi qu'il est rare de la rencontrer avant cinq ans et après vingt et vingt-cinq ans.

On dit que le sexe féminin est plus attaqué, mais M. Panas ne trouve pas que cette proposition soit exacte.

Presque toujours la maladie en question s'attaque aux deux yeux, bien que parfois ce ne soit qu'après un laps de temps assez long, de un à cinq ans.

Le plus souvent l'intervalle de temps n'est que de quelques jours ou de quelques semaines, et le second œil se montre moins malade que le premier. Sur des individus sains, cette maladie se montre exceptionnellement. Presque toujours on la voit à des personnes débilitées, décolorées, lymphatiques, mais sans signes de scrofule, et surtout à des rachitiques.

Des maxillaires supérieurs peu développés, un palais étroit et ogival, des dents petites, espacées, rayées en travers et usées, ou crénelées à la couronne, sont autant de caractères des rachitiques, des tibias arqués et le gonflement des épiphyses.

L'aspect terne de la peau du visage, des lèvres épaisses, ridées et parfois recouvertes de croûtes eczémateuses, le gonflement de amygdales avec pharyngite glanduleuse et surdité concomitante, sont des signes moins constants, mais qui témoignent que le lymphatisme n'est pas étranger à cette singulière maladie.

De ces deux causes générales, le rachitisme d'une part et le lymphatisme de l'autre, tantôt c'est l'une et tantôt c'est l'autre qui prédominent; de là, des variétés de types suivant les cas, mais qui tous se rapprochent plus du rachitisme que du lymphatisme. Sur dix malades, on en voit sept qui ont des dents caractéristiques et les tibias plus ou moins gros et arqués, et trois seulement qui ont les dents saines et les tibias normaux.

Tous ont cela de commun que leur constitution est pauvre (*vita minima*) et qu'ils sont mal nourris; aussi M. le professeur Panas a proposé dans le temps, à propos d'une discussion à la Société de Chirurgie, de désigner cette affection sous le nom de Kératite cachectique (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, de Paris, 1871).

Une pareille origine de la maladie explique pourquoi la classe pauvre en est la seule tributaire ou à peu près, et que les parents et les enfants, issus de parents cachectiques, sont plus sujets à la Kératite parenchymateuse, que ceux qui sont nés de parents sains. Elle explique aussi la mortalité qui règne dans ces familles et l'influence fâcheuse de la syphilis héréditaire, en tant que cause d'épuisement de la constitution du produit.

Pour M. le professeur Panas, la syphilis héréditaire n'est qu'une des causes nombreuses d'épuisement de la constitution qui conduit au rachitisme, et plus tard à la Kératite interstitielle diffuse. Et il nie formellement que l'intoxication vénérienne agisse directement sur le tissu de la cornée, donnant ainsi lieu à une Kératite méritant réellement la dénomination d'hérédosyphilitique, sous laquelle on la désigne souvent aujourd'hui.

Voici les raisons qui, depuis longtemps, ont conduit M. le professeur Panas à ne pas partager les idées professées à cet égard par Hutchinson, et par le plus grand nombre des auteurs contemporains.

Si la Kératite parenchymateuse était sous la dépendance directe d'une syphilis héréditaire, on la verrait aussi souvent apparaître, pour ne pas dire fréquem-

ment, dans les premiers temps après la naissance, que plus tard. Or il n'est pas d'exemple relatant qu'elle se montre avant cinq ans et après trente ans révolus, chose qui ne concorde point avec tout ce que nous savons sur l'évolution hâtive des accidents syphilitiques héréditaires, ayant pour siège la superficie du corps.

Si la syphilis héréditaire montrait réellement tant d'affinité pour le tissu de la cornée, on devrait aussi voir la syphilis acquise s'attaquer souvent à cette membrane.

Or, dans une pratique déjà longue, nous affirmons n'avoir jamais observé de Kératite primitive de nature syphilitique, tandis que, tous les ans, on voit des iritis et des choroïdites se présenter dans son service par centaines.

Serait-ce que la syphilis héréditaire entraîne d'autres caractères, et a une allure différente de celle de la syphilis acquise ? En vérité, nuls de ceux qui connaissent à fond l'étude de la syphilis, ne paraissent soutenir une pareille hérésie.

Les altérations dentaires, bien que communes, n'ont pas davantage la signification qu'on a voulu leur donner. D'abord, elles peuvent manquer absolument, et nous avons vu bien des malades des deux sexes qui ont présenté le type le plus complet de la Kératite parenchymateuse diffuse et dont les dents incisives étaient saines, blanches, volumineuses et nullement espacées. Par contre, une foule de rachitiques ayant des dents petites, espacées, crénelées et rayées en tra-

vers, s'offrent journellement à l'observation sans que jamais leur cornée ait été le siège d'une Kératite quelconque.

Hutchinson a fait une distinction clinique des altérations dentaires d'origine syphilis héréditaire, et des altérations dentaires chez les rachitiques lymphatiques. M. le professeur Panas n'accepte qu'une question de degré et aucune des formes différentes.

Les prétendus nodus aux jambes ne sont, la plupart du temps, que des déformations rachitiques du tibia, et s'il y a parfois de véritables saillies, des périostoses douloureuses, celles-ci se rattachent autant à la scrofula qu'à la syphilis.

Il ne nie pas, du reste, qu'on ne puisse rencontrer parfois des gommès syphilitiques. Mais pour ces cas relativement exceptionnels, on doit encore se demander si la syphilis s'attaque comme telle à la cornée, ou bien si elle n'agit pas là comme une cause de déchéance organique, ainsi que le ferait tout autre genre de cachexie.

Je ne sais pas s'il y a eu des exemples de malades traités et guéris rien que par le mercure. Dans ce cas seulement, c'est la syphilis qui agit et non la débilitation acquise.

Reste l'argument tiré de la mortalité chez les enfants d'une même famille, argument qui n'aurait vraiment de valeur que si la syphilis était la seule cause de décès des enfants ; outre que le fait en lui-même est loin d'être constant, il y a beaucoup de causes de mortalité à la suite des accouchements prématurés.

Des réflexions qui précédent, fondées sur une obser-

vation clinique attentive des faits, il résulte pour nous, dit M. Panas, que la Kératite interstitielle diffuse constitue une manifestation de la misère organique, quelle qu'en soit la cause. La syphilis héréditaire peut être une de ces causes, mais elle n'en est ni la seule, ni la plus commune.

Par contre, le rachitisme se lie le plus souvent à l'affection de la cornée, comme pour prouver que tous deux sont sous la dépendance d'un état général de dénutrition. Si telle est, en réalité, la nature de l'affection qui nous occupe, on comprend que le traitement général qui lui convient devra être essentiellement tonique et réparateur, et que tout ce qui peut affaiblir l'organisme doit être écarté soigneusement.

Déjà Hutchinson, très partisan de l'origine syphilitique de la Kératite interstitielle, n'a pas tardé à reconnaître que le mercure est plus nuisible qu'utile dans le traitement de cette maladie.

Par contre, il a trouvé dans l'iode de potassium un agent efficace de guérison, et notre pratique personnelle confirme tout à fait ce résultat, en faisant remarquer que l'iode de potassium doit être donné à dose massive de 2, 4 et 6 grammes par jour, suivant l'âge et la tolérance du sujet.

Mais il faut aider la guérison par des amers ferrugineux, l'huile de foie de morue, le grand air, le séjour à la campagne, une nourriture azotée et des bains excitants, salés ou autres.

Malgré le traitement général le mieux conduit, le mal peut traîner en longueur, et se montrer rebelle à la

guérison. Si l'on n'a pas recours en même temps au traitement local dont il nous reste à parler, auparavant il nous faudra insister sur la marche et les complications possibles de l'affection cornéenne.

Si nous voulons former une grande classe, sans insister sur les nuances, il faut envisager deux grandes catégories : l'une qui comprend la forme aiguë, et l'autre qui comprend la forme franchement chronique.

Dans la première forme, les choses se passent de la façon suivante :

L'un des deux yeux — plus rarement les deux à la fois — se congestionne et devient le siège de la photophobie initiale, des larmoiements et des névralgies ciliaires.

Dès le lendemain ou le surlendemain, un point de circonférence de la cornée, en partie généralement supérieur à celle-ci, devient le siège d'une nébulosité légère en lunule, qui s'accroît bientôt et ne tarde pas à se vasculariser au point que, sans le secours de la loupe, on croirait avoir affaire à un épanchement de sang dans les lames de la cornée, ou à un hyphéma.

En même temps que cette vascularisation anormale, toujours précédée de la nébulosité cornéenne, fait des progrès vers le centre, on voit la partie voisine de l'épisclère s'injecter et même devenir saillante, au point de faire croire qu'il peut s'agir là d'une épisclérite concomitante ou d'un tubercule en imminence de rupture en dehors. Mais la marche ultérieure de l'affection qui finit par recouvrir et par vasculariser la totalité de la cornée, prouve qu'il n'en est rien et que

cette apparence de l'épiscélrite du début tient sans doute à une participation de l'iris et des procès ciliaires à la phlegmasie de la cornée, ainsi que le confirme d'ailleurs la fréquence des synéchies irido-capsulaires, dans cette forme aiguë de la Kératite parenchymateuse diffuse. Tôt ou tard, la cornée devient d'un rouge vif et il n'est plus possible de voir l'iris.

Cet état s'accompagne, avons-nous dit, de photophobie intense, de larmoiements et de douleurs ciliaires et circum-orbitaires qui s'exaspèrent la nuit. Un de nos malades, garçon de 19 ans, a offert des attaques d'épilepsie, mais nous pensons qu'il s'agit là d'une simple coïncidence.

Dans la variété chronique, il existe peu de vaisseaux ; mais, en revanche, la nébulosité envahit de proche en proche la totalité de la cornée. Cette nébulosité n'est pas partout également saturée ; aussi n'est-il pas rare de voir à la période de retour certaines parties de la cornée, et principalement le centre, rester longtemps opaques et même sclérosées.

Cette variété, qui peut durer des mois, un an et même deux, n'est susceptible de guérison qu'autant que le tissu sclérosé se vascularise ; aussi est-ce à cela que doivent tendre les efforts du médecin ?

Ce qui allonge encore la durée de cette variété de Kératite diffuse, ce sont les rechutes possibles, qui malheureusement se montrent souvent ici comme pour la variété aiguë ; il n'est pas rare d'observer des synéchies irido-capsulaires qui se montrent, soit dès le début, comme cela avait lieu chez une malade de notre

clinique, âgée de 27 ans, soit tardivement, à la période d'éclaircissement de la cornée.

Le meilleur mode de traitement local, pour vasculariser la cornée, consiste dans l'application réitérée des compresses chaudes et humides, principalement de celles faites avec une infusion aromatique de camomille, et dont on prolonge l'emploi jusqu'à ce que la cornée se vascularise en entier.

Il est des cas où ce moyen, préconisé au siècle dernier par Gmelin, le premier, et par Mackenzie et Graeffe, peut échouer. Certains malades ne peuvent même le tolérer, et se refusent à l'appliquer d'une façon continue. C'est alors que les douches de vapeur oculaire qui exigent l'emploi d'un vaporisateur spécial, nous ont rendu, comme à d'autres, de réels services.

Une fois la maladie arrivée à son déclin, on peut voir subsister un véritable albugo central qui gêne la vision. En pareil cas, les moyens précités ne sont plus de mise et nous avons recours depuis peu, avec succès, au massage de l'œil, combiné à l'application sur la surface même du globe, d'une certaine quantité de pommade au bioxyde jaune d'hydrargyre, à base de vaseline (10 grammes pour 0,10 ou 0,20).

Une fois la cornée vascularisée, l'éclaircissement se fait progressivement sans qu'on ait besoin d'intervenir autrement.

Cette règle souffre pourtant des exceptions, dont la plus éclatante a été offerte par le jeune homme épileptique de 19 ans, cité plus haut, et chez lequel la cornée s'est vascularisée dans la parenchyme, au point de

ne plus représenter qu'un morceau de drap rouge, subsistant dans cet état avec photophobie et larmolement intense; jusqu'au jour où nous sommes intervenu opératoirement en pratiquant une double péritomie.

M. Panas repousse l'emploi du mercure et admet l'iodure de potassium à dose massive (2 à 4 grammes par jour), suivant l'âge et la tolérance du sujet. Vous verrez également dans mes quatre premières observations que M. Ad. Piéchaud n'emploie pas le mercure, si ce n'est en frictions, et à titre de résolutif, à moins, bien entendu, de complications exphilitiques.

Le traitement local doit varier avec la marche de l'affection. Dans la forme aiguë avec vascularisation exagérée de la cornée, M. Panas obtient d'excellents résultats par la péritomie; il a employé le même mode de traitement dans un cas d'une Kératite vasculaire, au début, dans le but d'enrayer la marche envahissante de celle-ci.

Dans la forme chronique, la plus fréquente, il faut vasculariser le tissu sclérosé, pour arriver à la guérison. M. Panas, comme d'autres, dit que les compresses chaudes et les douches de vapeur ont rendu de réels services. Une fois la maladie arrivée à son déclin, pour faire disparaître l'albugo central, il emploie le massage de l'œil, combiné avec la pommade de bioxyde jaune d'hydrargyre (0,10 à 0,20 pour 10 grammes de vaseline). M. Damalix a 4 cas de guérison de cette façon.

M. Panas conseille encore la paracentèse ou mieux la sclérotomie; ces opérations agissent à la façon d'un traumatisme cornéen, en provoquant un afflux du sang

et la formation de nouveaux vaisseaux, qui activent la résorption des exsudats interstitiels.

En dernier ressort, une iridectomie appliquée dans le cas de nébulosité centrale et de synéchie iridocapsulaire devient nécessaire (Thèse, 1872, 26 juillet, Peuchon, à Paris).

Voici pourquoi M. Panas repousse l'hydrargyre sur le traitement de la Kératite parenchymateuse : c'est qu'il considère, comme cause de la Kératite interstitielle, non pas la syphilis, mais la misère organique des sujets. Les causes les plus fréquentes sont le raticitisme (7 sur 10) et le lymphatisme, et s'il existe des parents syphilitiques, il les considère plutôt comme facteurs de l'épuisement de la constitution du produit que comme cause directe du mal.

M. Osio considère le collyre irritant comme dangereux dans les Kératites, surtout les Kératites parenchymateuses. Dans les simples albugos et leucômes, il existe une sclérose ou une transformation calcaire, et aucun collyre n'est capable de rétablir la transparence. Quand il y a un simple dépôt plastique et interlamellaire, seuls les excitants légers et le temps pourront aider à le faire disparaître. Quant au collyre caustique proposé par Armengué, qui a été induit en erreur, en inotillant de l'ammoniaque, au lieu d'une autre substance, et qui a produit une irritation favorable, cause de la disparition d'un leucôme, il faut réfléchir beaucoup avant de se décider à l'employer, et ne jamais le faire sans les plus grandes précautions.

M. Calezowski préconise l'iridectomie dans la Kéra-

tite interstitielle, comme le moyen curatif le plus efficace dans la Kératite interstitielle contre la prolongation trop grande de la maladie ainsi que contre ses complications.

L'auteur rapporte 5 Observations de Kératites interstitielles parenchymateuses, où divers traitements locaux ou généraux ayant été employés sans résultat, il a dû recourir à l'iridectomie, toujours suivie de succès. Un tableau de 23 cas traités par l'iridectomie est annexé à ce travail. De même pour la sclérite et la scléro-kératite, il pratique toujours l'iridectomie, dans les cas les plus récents et les plus aigus comme dans les formes les plus invétérées de la maladie.

M. Carboué conseille aussi l'iridectomie dans les cas des Kératites parenchymateuses, lorsque les accidents graves se manifestent du côté de l'iris, ou lorsque, après un traitement local ou général très longtemps prolongé, l'opacité de la cornée est telle, que la vision du malade est impossible. L'iridectomie aurait un triple but : aider la résolution des infiltrations interstitielles, abréger la durée de la maladie et prévenir les complications ultérieures.

Dans les scléro-kératites, les indications seront les mêmes, c'est-à-dire lorsque, après les poussées successives de l'iritis, il se serait établi des synéchies non déchirables par l'action de l'atropine; on devrait alors pratiquer l'iridectomie.

L'auteur fait justement remarquer que ces affections évoluent sous l'influence d'une diathèse; le traitement général doit être employé toujours avant et après

l'opération, et l'on ne doit y avoir recours qu'après avoir échoué avec le traitement général et les moyens locaux.

10 Observations recueillies dans le service de M. Panas et la Clinique de M. Calezowski viennent à l'appui de cette théorie.

M. le Dr Parinaud rapporte deux cas de Kératite d'origine syphilis acquise; on peut ranger ces lésions parmi les accidents secundo-tertiaires. Le rhumatisme peut aussi produire des Kératites interstitielles (Parinaud et Couzon). La Kératite interstitielle dans ce cas peut être *vascularisée* ou non, *compliquée* ou non d'iritis. Le meilleur résolutif de cette infiltration de la cornée est, suivant l'auteur, l'*iodure* de potassium.

M. Parinaud apporte, au sujet de l'influence de la syphilis héréditaire sur le développement de la Kératite parenchymateuse, le résumé de 30 Observations personnelles faites sur des sujets âgés de moins de vingt ans. Dans 25 cas, la syphilis des parents était établie, soit par leurs aveux, soit par l'existence de ces trois faits: Kératite interstitielle, altérations dentaires, fausses couches de la mère. Dans neuf autres Observations, l'infection syphilitique a paru très probable à l'auteur.

M. Parinaud a pu vérifier un fait, déjà remarqué par Hutchinson: c'est que l'enfant atteint de Kératite est ordinairement l'aîné des survivants. La Kératite interstitielle serait donc la manifestation d'une syphilis atténuée des parents, conclusion légitimée encore par la circonstance suivante, qu'un certain nombre d'enfants atteints de Kératite hérédo-syphilitique n'ont pas de

syphilis infantile. La Kératite interstitielle s'observe, le plus souvent, entre 7 et 18 ans; elle ne serait pas pourtant rare après 20 ans, et pourrait alors se rapporter, soit à la syphilis acquise, soit au rhumatisme. Il y a prédominance de la maladie chez les filles; sur 32 cas, 10 seulement visent les garçons. Les sujets atteints de Kératite interstitielle syphilitique peuvent présenter un état général des plus satisfaisants, mais le plus souvent ils offrent des traces de déchéance physique et intellectuelle.

Suivant le même ordre d'idées, comme traitement M. Abadie injecte 10 gouttes d'une solution de bichlorure d'hydrargyre, 1 gramme, chlorure de sodium, 2 grammes; eau distillée, 100 grammes.

Tous les jours, et après dix injections, cesser pendant une semaine. 3 séries de 10 injections suffisent.

Ces injections, tantôt employées seules, tantôt concurremment avec l'iodure de potassium (2 à 3 grammes par jour).

M. Abadie insiste sur la préférence dans la Kératite interstitielle grave du biiodure d'hydrargyre, parce que, dans la pratique d'Hirschberg, une Kératite parenchymateuse grave a été traitée par l'iodure de potassium, et l'œil a été perdu; l'autre œil, étant envahi consécutivement par la maladie, a été enrayé uniquement par l'injection de sublimé.

Il dit que le diagnostic s'éclaircit par le traitement spécifique qui est efficace à la Kératite hérédo-syphilitique.

Ce qui est cause que certains doutent encore de la

nature de la Kératite interstitielle, dit M. Abadie, c'est le fait que le traitement ordinaire de la syphilis ne réussit pas toujours avec l'iode de potassium. Or, le traitement qui convient en pareil cas et qui est non moins spécifique, c'est la méthode des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure. Dans les formes scléreuses, principalement, les injections hydrargyriques sont souveraines.

M. Leplat, assistant de M. le professeur Fuchs, de Liège, partisan convaincu de l'origine syphilitique, donne un tableau analytique de 28 cas (service de son maître). 18 fois sur 28, la Kératite semble dépendre de la syphilis héréditaire ; dans le reste des cas, il ne s'en trouve que deux où aucun symptôme hérédo-syphilitique n'a pu être découvert. Les dents, décrites par Hutchinson, ont été trouvées 14 fois. 5 fois les dents étaient absentes, usées, mauvaises, et on pouvait les faire rentrer dans les dents syphilitiques, connaissant l'action nuisible de la syphilis sur le système dentaire. Par conséquent, les dents n'ont été trouvées que 9 fois normales. L'acuité auditive n'a été prise exactement que chez 21 malades : 16 fois elle était inférieure à la normale.

L'auteur signale encore la polyéthéisme des enfants ; ainsi, 22 mères ont donné 128 enfants, dont 21 ont succombé en bas âge. Sur 22 cas où il a été noté, le faciès typique de la syphilis héréditaire a été trouvé 11 fois. En terminant, M. Leplat passe en revue les autres manifestations hérédo-syphilitiques moins fréquentes, telles que les manifestations osseuses, 9 fois ;

l'engorgement ganglionnaire, 10 fois; les arthrites chroniques, 5 fois, et il en conclut qu'en présence d'une telle constance dans la coexistence de la Kératite parenchymateuse et des autres signes de la syphilis, on ne peut hésiter à rapporter l'infection oculaire à cette diathèse. Quant à l'argument tiré de la non efficacité du traitement mercuriel et à la puissance thérapeutique de l'iodure de potassium combiné aux toniques, l'auteur fait l'analogie de la syphilis héréditaire et de celle de la période tertiaire de la syphilis et dit que, par conséquent, il n'y a pas lieu de s'étonner de la puissance curative par l'iodure de potassium dans ce cas de la syphilis héréditaire, puisque ce traitement est efficace contre les symptômes de la syphilis tertiaire.

Quatre de ses observations sont annexées dans son travail d'auteur.

M. Schadeck rapporte une observation d'un homme robuste chez lequel une syphilis acquise s'étant manifestée par une éruption papuleuse d'ecthyma de laryngite, de périostite, d'iritis plastique syphilitique, se compliqua des lésions suivantes :

1^o Une phlyctène au bord externe de la cornée gauche, qui disparut à la suite du traitement, mais ne tarda pas à paraître sous la forme d'un nodule lentriculaire; 2^o une inflammation parenchymateuse de la cornée à marche rapide, qui se manifesta par des taches profondes qui, bientôt réunies, produisirent une opacité compacte et diffuse de la cornée; 3^o des infiltrations circonscrites et ponctiformes qui se localisèrent à la superficie de la cornée gauche opacifiée.

Ces accidents disparurent sous l'influence d'un traitement mercuriel énergique.

M. Trousseau présente 40 Observations de Kératite interstitielle ; dans 37 cas, il existait des signes plus ou moins nets de la syphilis héréditaire. Dans 18 cas, les signes sont assez nombreux d'après lui, pour forcer la conviction des ennemis de la doctrine ; dans 10, ils sont très nets pour les syphiliographes ou des médecins rompus à la recherche de la diathèse ; dans 9 cas, ils sont discutables ; dans 3 cas, l'auteur n'a pu réunir des preuves en faveur d'une origine quelconque de la Kératite parenchymateuse.

9 du sexe masculin et 31 du sexe féminin.

L'âge, entre 3 et 25 ans ; le maximum de fréquence, entre 7 et 11 ans.

Parmi les signes accompagnant l'affection oculaire, les deux plus fréquents étaient les lésions dentaires (28 fois) et la polyléthalié des enfants, ou des fausses couches chez la mère (18 fois).

Dans sa statistique sur les 40 cas de Kératite interstitielle, M. Trousseau veut que la seule cause soit la syphilis et la dénutrition des enfants dont les pères étaient syphilitiques, il considère ces cas comme étant d'origine syphilitique et emploie la phrase de M. Fournier, qui disait : La syphilis ne donne que de la syphilis, elle amène une perturbation générale responsable des accidents.

M. Trousseau rapporte l'Observation d'une malade de 25 ans, dans le service de M. Fournier, chez laquelle il constata une Kératite interstitielle dans le cours de

la syphilis acquise quatre ans auparavant; le traitement spécifique amena la guérison en un mois.

« Même après les injections mercurielles suffisamment répétées, dit M. Wecker, il m'est arrivé de voir des Kératites interstitielles se porter de l'œil primitivement atteint à l'autre. A ce propos, j'ai remarqué que les Kératites interstitielles étaient beaucoup plus mauvaises qu'autrefois. On en observe chez les vieillards, ce qui ne se voyait pas jadis. Je ne sais à quoi peut tenir cette malignité plus grande. »

M. Wecker ajoute que les Kératites parenchymateuses sont actuellement plus tenaces qu'autrefois; et il est ordinaire, un œil étant pris le premier, de voir le second envahi en pleine puissance du traitement spécifique.

Puis nous observons chez les vieillards des Kératites qu'on ne connaissait pas jadis. En somme, la syphilis des yeux semble prendre mauvaise tournure.

M. Hallenhoff, sur 62 cas relatifs à des enfants de 5 à 15 ans, a constaté que 23 fois la syphilis héréditaire était bien établie; 12 fois était extrêmement probable; 15 fois était seulement probable; enfin, dans les 12 derniers cas, on ne constatait aucune trace de syphilis. Le signe d'Hutchinson, qui est si précieux pour le diagnostic, et dont j'ai reconnu bien souvent la haute portée, manquait dans ce dernier groupe.

Les conclusions de sa pratique sont les suivantes :

1° Plus de moitié des cas de Kératites diffuses bilatérales ont pour cause l'hérédité syphilitique;

2° La Kératite interstitielle due à la syphilis acquise,

paraît plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici (5 sur 72);

3° Cette dernière forme a une tendance à respecter un des yeux (4 fois sur 5);

4° La scrofule et le rachitisme ne jouent qu'un rôle insignifiant;

5° Il existe un certain état de dénutrition générale qui, en dehors de toute influence spécifique, peut produire dans la jeunesse et surtout dans l'adolescence, une Kératite double, offrant le même caractère clinique que celle due à l'hérédosyphilis.

Selon Hallenhoff, la Kératite interstitielle d'origine syphilitique se distingue seulement par les particularités suivantes : elle est presque toujours monoculaire; même sur l'œil atteint, elle tend à se limiter quand on institue un traitement antisiphilitique convenable; elle est toujours héréditaire, mais l'hérédité peut sauter de une, quelquefois de deux générations.

Meyer a présenté à ses élèves une enfant de 7 ans, Henriette D..., d'aspect malingre et souffreteux, échantillon de syphilis héréditaire double, de misère physiologique; cette fille était affectée, aux deux yeux, de Kératite parenchymateuse.

Mais au lieu de l'opacité grise cendrée, blanchâtre ou bleuâtre, diffuse, occupant une portion variable de la cornée et lui donnant l'aspect caractéristique que nous avons rencontré tant de fois, les deux cornées, plus particulièrement la gauche, donnaient un aspect jaune faisant songer à la présence du pus dans l'épaisseur de la membrane cornéenne. On avait l'impression d'un vaste abcès.

Les examens suivants permirent de s'assurer que, si la cornée paraissait comme gonflée, augmentée de volume surtout à son centre, l'épithélium restait intact comme aussi la lame élastique antérieure sous-jacente. L'infiltration avait envahi tout le tissu propre de la cornée en surface, ne respectant guère qu'une bande de 2 millimètres à la périphérie. La coloration jaune allait diminuant d'intensité du centre à la périphérie. Il ne se montrait d'ailleurs aucune tendance sérieuse à l'ulcération. Ulcération périkérastique peu prononcée, en effet, un peu de photophobie, pas de douleur ; ce qu'on pouvait tirer de la chambre antérieure ne renfermait aucun produit morbide.

L'examen de l'iris étant impossible, nous pûmes nous assurer, par la suite, qu'il était bouché.

En quelques jours, l'enfant était devenue aveugle, et ses yeux avaient pris l'aspect décrit plus haut. L'origine du mal paraissait bien nette.

La mère a été contaminée par son mari et était soignée pour des plaques muqueuses. Après deux grossesses n'ayant donné que des enfants morts-nés, elle accouchait de cette petite fille couverte de pemphigus.

Peu développée pour son âge, ayant l'aspect d'une vieillesse, la petite malade présentait une érosion des dents ; enfin, le système osseux et auditif étaient intacts.

Traitement : frictions, onction à l'onguent napolitain et potion iodo-iodurée, lavages chauds et atropine pendant dix jours ; aucun changement appréciable, mais à partir de ce moment, la coloration de la cornée va en s'atténuant. Puis, de semaine en semaine, mais

avec une lenteur désespérante, les opacités de la périphérie diminuent vers le centre.

Avant la fin du premier mois, la coloration jaune a disparu, et la couleur leucomateuse est restée, comme on le voit dans la plupart de ces cas.

Après les onctions qui ont duré six semaines, un repos de six semaines, et, après, injections de sublimé.

Bains salés, frictions alcoolisées et régime tonique. Puis, pour l'œil, la série des irritants locaux (pommade à l'oxyde jaune, lanoline hydrargyrique, teinture de cantharides) destinées à produire la vascularisation de la cornée et la répression des parties leucomateuses. Mais il faut garder le juste milieu, ne pas aller en deçà ou au delà.

L'état général s'améliore visiblement ; quant aux yeux, on ne peut pas espérer de résultat satisfaisant, car s'il y a éclaircissement complet, ce qui est rare, la cornée s'aplatit et perd sa courbure normale.

Cette variété grave, qu'on pourrait prendre pour un abcès, est produit par des cellules lymphoïdes à contenu opaque et granulo-graisseux dans le parenchyme cornéen ; l'accumulation rapide de ces cellules donne l'aspect jaune, comme si c'était un abcès.

Au début, compresses chaudes ; après, pommade jaune hydrargyrique, lanoline hydrargyrique, mais tenir l'irritation dans les limites sanitaires. Malgré tout ce traitement, attendre toujours des nébulosités cornéennes indélébiles.

M. Mandelstamm ne veut pas qu'on différencie les trois types de Kératite, à savoir : l'infiltration, l'abcès et

l'ulcère. Chaque infiltration peut se changer en abcès, quand une infection survient ; sans infection, pas d'abcès.

Il distingue, avec Bergmeister, trois catégories de Kératite : 1° superficielle ou conjonctivale ; 2° sclérale ou Kératite des couches moyennes ; 3° Kératite choroïdienne. C'est à la première catégorie qu'appartiennent toutes les inflammations mycotiques, traumatiques avec ou sans infection, et la Kératite consécutive à une conjonctivite (Kératite scrofuleuse, panneuse, varioleuse, herpétique dans la rougeole et la scarlatine).

Les cas de la première catégorie se guérissent le mieux par le traitement de la conjonctive, les indications spéciales à part.

Les Kératites des deuxième et troisième catégories tiennent à une dyscrasie ou à une infection endogène (Leber) ; c'est pourquoi un traitement local ne fait rien, il faut combattre la dyscrasie (scrofule, lymphatisme et syphilis, rhumatisme, paludisme).

M. Pfister a relevé tous les cas de Kératites interstitielles diffuses observées à la Clinique de Zurich ; il en trouve 125.

La plus grande fréquence a lieu dès l'âge de 6 à 10 ans (34,6 0/0), et de 11 à 15 ans (23 0/0) ; il en a observé de la première année de la vie jusqu'à l'âge de 40 ans.

La syphilis héréditaire fut constatée dans 40,8 0/0 et a paru probable dans 23,8 0/0.

Chez un homme de 50 ans, Pfluger observe d'abord

de petites pustules eczémateuses au bord de la cornée gauche avec légère irritation de l'iris. Quinze jours plus tard, la cornée s'infiltré de la périphérie vers le centre avec opacités pointillées, concentration de l'opacification et vascularisation du bord de la cornée. Ensuite, survient de l'hypopyon, de l'anesthésie de la cornée, et la formation d'une vésicule assez grande au centre de la cornée. Enfin, la cornée commence à s'éclaircir à la périphérie, mais le centre est resté opaque, et une pupille artificielle est nécessaire.

Pendant six mois, Pfluger a observé un garçon de 14 ans atteint, des deux yeux, d'une Kératite interstitielle diffuse avec ulcération superficielle dans la zone qui correspond à l'ouverture paphébrale. L'apparition périodique d'hypopyon indique la participation du tractus uvéal.

Pratologo parle, en termes élogieux, du traitement employé par Castorani et qui consiste dans l'instillation d'une solution d'iodure de potassium (1 sur 15 d'aqua distil.); administration, à l'intérieur, d'iodure de fer.

Sur 10,000 malades de la polyclinique de Baumeister, Drewes a constaté 1,14 0/0 de maladies des yeux ayant pour origine la syphilis congénitale; le plus grand contingent des malades appartient à l'âge de 20 à 40 ans; le sexe masculin fournit les cas les plus nombreux : 80 sur 34.

Comme maladies syphilitiques, on a observé : Kératite parenchymateuse, cinq fois sur les deux yeux, une fois sur l'œil gauche; quatre cas d'infection congénitale et deux d'infection acquise. La maladie plus

fréquente est l'iritis (soixante-deux cas) ; la choroïdite est représentée par onze cas, cinq consécutifs à l'inflammation de l'iris, trois compliqués de troubles du cristallin ; rétine, vingt-et-un cas, huit fois accompagné de choroïdite. L'atrophie des nerfs optiques s'est présentée quatre fois ; sept paralyses des muscles oculaires intéressant quatre fois le nerf oculaire moteur et trois fois le nerf moteur oculaire externe ; les gomme sur les paupières, trois fois.

Schiess décrit un cas extraordinaire de Kératite parenchymateuse chez un garçon de 9 ans, atteint d'adhérences plates bilatérales de l'iris avec la paroi postérieure de la cornée ; à gauche, un ulcère perforant central, lente régénération de la chambre antérieure avec éclaircissement de la cornée. Il fait l'histoire de la pathogénie d'une lésion de la cornée, dans laquelle s'est formé un lambeau triangulaire consistant en couches antérieures de la cornée, dont la base était située au limbe, tandis que le sommet était dirigé vers le centre. Bien que ce lambeau se soit reformé plusieurs fois, l'affection guérit lentement et la cornée redevint tout à fait transparente ; cependant sa surface est restée considérablement irrégulière.

Heisrath a traité des troubles anciens de la cornée, non seulement ceux qui résultent de Kératite parenchymateuse, mais encore bien d'autres, avec un succès surprenant, par des massages et la pommade suivante :

Iodure de potassium.....	1	gramme.
Bicarbonate de soude	0,50	centigr.
Vaseline	10	grammes.

dont il combinait l'application dans les cas anciens et rebelles avec desquamation de l'épithélium de la couche superficielle de la cornée. C'est ainsi qu'un petit garçon, qui, par suite de troubles diffus, dus à une Kératite parenchymateuse, ne pouvait voir le mouvement de la main qu'avec l'œil gauche, a pu, après huit jours de massage, compter les doigts, et quelques mois plus tard, lire l'écriture ordinaire. Dans une deuxième Observation, 3 cas de troubles consécutifs à un pannus granuleux datant de 3 ans, ont été tellement améliorés dans l'espace de quelques semaines, que la puissance visuelle est montée de 12° à 5° chez un patient âgé de 60 ans qui avait contracté des troubles de la cornée il y a 40 ans; la puissance visuelle, 5 à droite, 8 à gauche.

Observations recueillies à la Clinique de Hirschberg, de juillet 1883 à octobre 1885. Nombre des malades : 16,800, dont 100 Kératites parenchymateuses, 62 hommes et 38 femmes. Dans 38 cas les deux yeux furent atteints simultanément et avec la même intensité; dans 22 cas l'œil gauche, et dans les 36 l'œil droit. Suivant l'âge, les malades se classent :

AGE.	NOMBRE DE MALADES.
0 an. à 10 ans.....	31 personnes.
11 ans à 20 ans.....	37 »
21 ans à 30 ans.....	46 »
31 ans à 40 ans.....	7 »
41 ans à 50 ans.....	3 »
51 ans à 60 ans.....	1 »
61 ans à 70 ans.....	2 »

Dans 37 cas il y avait contagion sûre (27 cas de contagion congénitale et 10 de contagion aigüe); 24 contagions douteuses, tandis que 39 ne présentaient aucune trace de syphilis. Les dents étaient normales chez 27 malades. On a trouvé des dents de Hutchinson dans 11 cas, dont 7 présentaient des contagions congénitales; quelques-unes, dans les 6 cas, se trouvaient être des incisives cunéiformes (4 cas de contagion congénitale et 2 de contagion douteuse). Dans 10 autres cas de dents défectueuses, il est dit que les malades étaient, en général, misérables, anémiques, mal développés et de petite taille. La marche de la maladie était, en général, bonne; comme complication il y eût 16 iritis et 3 épiscléritis. Dans 16 cas il y avait pigmentation périphérique dans le fond de l'œil.

Hirschberg cite 3 cas dans lesquels les maladies des yeux ont été attribuées à la contagion congénitale.

Un jeune homme de 16 ans présentait à l'œil gauche

des troubles du cristallin; le père du malade, infecté avant le mariage, doit souffrir aujourd'hui d'accidents secondaires. L'eczéma est considéré par Hirschberg comme un des symptômes; malgré un traitement par les frictions, il n'y a qu'une légère amélioration. Puis, ce que l'on appelle la Kératite parenchymateuse diffuse et ensuite paronyxis très suspecte, qui a été enrayée, enfin, par une ablation partielle de l'ongle, par le grattage et le pansement à l'iodoforme. Malgré les frictions mercurielles, iodure de potassium, injection sous-cutanée de pilocarpine, traitement sudorifique à la salsepareille, il est survenu une Kératite parenchymateuse à l'œil gauche, et finalement, le malade, désespéré, se laisse enlever l'œil droit. La maladie de l'œil gauche se développant de plus en plus, et bien que l'on ait constaté toute absence des symptômes contagieux, on a pratiqué un traitement énergique d'après la méthode de Lewin. Après, on a jugé nécessaire l'iridectomie. La description microscopique de l'état du bulbe énucléé, donnée par les amis de Hirschberg, est incomplète. Nous ne savons pas si l'étiologie adoptée a été confirmée par l'état anatomo-pathologique. Dans le deuxième cas, on croit que la jeune fille âgée de 12 ans avait eu une méningite spécifique qui a affecté le nerf optique gauche, et que ce n'est que vers l'époque de la puberté qu'est survenue la rétinite, l'iritis ou la kera-totiritis. Le père aurait été contagionné avant le mariage. Dans le troisième cas, on a observé chez un enfant de 5 mois une iritis chronique bilatérale. Le traitement : bain au sublimé. L'enfant voit et entend bien, mais il nasille un peu

Obs. de Rabl portant sur 127 malades présentant de la contagion congénitale. La Kératite parenchymateuse est une de ces maladies des yeux dans laquelle la syphilis congénitale se présente le plus fréquemment, puisqu'elle forme 84,4 0/0 des affections des yeux. Elle est rare dans les cas de syphilis acquise. M. Rabl ne l'a observée que dans les trois cas. La Kératite parenchymateuse, par suite de syphilis congénitale, était presque toujours bilatérale; elle n'était unilatérale que dans quatre cas, 36,2 0/0 d'hommes et 37,2 0/0 de femmes.

Bien que Rabl admette que cette forme inflammatoire peut avoir pour origine la scrofule ou la tuberculose, il n'en est pas moins convaincu que chaque cas de Kératite parenchymateuse doit faire disparaître la contagion. Comme traitement, Rabl a obtenu de bons résultats de la cure de *Hall*, surtout dans les cas bénins. Dans les cas graves à progression rapide, il emploie simultanément, avec grand succès, le traitement à friction et les iodures à l'intérieur, si les conditions extérieures (climat, habitation et nourriture) sont bonnes.

CONCLUSIONS

Les conclusions à tirer de cette étude sont surtout intéressantes au point de vue de la pathogénie et de la médication. Nous avons, du reste, assez longuement établi que les causes indéniables de la maladie, les seules, du moins, que tout le monde reconnaisse, sont, en premier lieu, la scrofule et le rachitisme, et, en second lieu, l'infection paludéenne et le rhumatisme. Nous avons omis de citer le cas de la syphilis, car celle-ci occupe une place à part dans la pathogénie et joue un rôle prépondérant; nous allons voir en quel sens. Seulement, tous les auteurs ne sont pas absolument fixés sur son degré de participation au développement de la Kératite parenchymateuse. Ce n'est pas surtout comme cause déterminante qu'elle agit, d'après M. le professeur Panas, mais comme cause de délabitation générale. En effet, la syphilis peut exister chez un enfant auquel elle a été transmise par ses parents, et cette syphilis pourra déterminer des processus inflammatoires, mais c'est plutôt l'état de délabrement de l'organisme produit par une syphilis originelle, c'est-à-dire acquise en naissant, ou produit par une constitution ayant une

origine syphilitique ; c'est cet état d'amoindrissement et cette diminution de la force de résistance qui doivent être mis en cause. Je m'explique : ce que j'entends par la syphilis originelle, c'est la syphilis transmise par les parents avec manifestations très nettes. Ce que j'appelle constitutionnelle à origine syphilitique n'est autre qu'une constitution indemne de toutes manifestations, mais simplement appauvrie à cause de la syphilis qui a existé chez des parents avant la conception.

En effet, si la maladie, comme quelques auteurs le prétendent, était toujours syphilitique, quels bénéfices tirerions-nous de l'emploi des mercuriaux associés à l'iode de potassium !

Il est remarquable que les ressources de ce traitement mixte sont bien pauvres, même dans les cas les plus suspects de la syphilis héréditaire, s'il n'a pas pour adjuvant la médication tonique et reconstituante. Tout le monde sait que la plupart des manifestations syphilitiques guérissent assez rapidement sous l'influence du traitement mixte. Il est à remarquer que quand on emploie simplement, dans la Kératite parenchymateuse, le traitement largement tonique avec l'iode comme résolutif des exsudats et des inflammations, on arrive au moins aussi facilement à la guérison, qu'en y ajoutant les mercuriaux, comme le pensent certains auteurs.

Il n'a pas été établi, dans mes quatre premières Observations (M. Piéchaud), qu'il y eût une origine syphilitique, mais il y a eu de grands soupçons, presque certitude dans deux cas, et cependant la guérison s'est faite sans l'emploi des mercuriaux.

La preuve encore que c'est moins la syphilis héréditaire que la déchéance de l'organisme qu'il faut incriminer, c'est que la Kératite parenchymateuse ne se rencontre guère qu'à partir de 8 à 10 ans, et que si la syphilis jouait le premier rôle et le plus important de tous, il va sans dire que cette maladie aurait une tendance à se produire bien plus tôt. Les partisans les plus zélés de la théorie d'Hutchinson ne considèrent même pas tous les cas de Kératite parenchymateuse comme étant d'origine syphilitique, à plus forte raison ceux qui s'écartent de l'opinion d'Hutchinson regardent-ils l'affection comme étant une conséquence de la débilitation ou de la cachexie, jamais comme un produit d'une intoxication vénérienne. En résumé, ce qui corrobore l'opinion de M. Panas, qui déclare que les personnes atteintes de Kératite parenchymateuse ne sont pas précisément les personnes nées syphilitiques, mais les personnes ayant les attributs de la cachexie syphilitique, c'est que la médication iodurée joue un rôle important dans le traitement de l'affection. Il ne faudrait pas en conclure que l'iodure soit dirigé contre une manifestation syphilitique. Là, comme partout ailleurs, il agit à titre d'altérant, de résolutif contre un processus nouveau, et il amène un résultat analogue à celui qui se produit dans l'exsudat de la syphilis tertiaire. Il est hors de doute que s'il y a, en outre, des manifestations syphilitiques, le rôle de l'iodure est plus indiqué que jamais. Il va sans dire, également, que si la Kératite parenchymateuse se produit pendant l'évolution d'une syphilis secondaire, par exemple, qu'elle en soit oui

ou non dépendante, nous recourrons, sans hésiter, aux mercuriaux, ne fût-ce que pour opposer un traitement énergique à la syphilis elle-même.

Nous ne pensons pas que, dans les cas de Kératite parenchymateusesoupçonnésd'être d'originespécifique, l'emploi du médicament puisse être d'une grande efficacité.

En somme, ainsi qu'il résulte de nos premières Observations, j'estime que le traitement rationnel de la Kératite diffuse est la médication tonique, reconstituante, une véritable médication intensive de la nature de celle qui a été faite par M. le D^r Compagnon (Voir Obs. IV), c'est-à-dire une médication relevant à la fois des toniques internes et externes ; médicaments reconstituants : vin de quinquina arseniqué, huile de foie de morue, ferrugineux, etc. ; exercice au grand air, hydrothérapie, bains de mer, etc. ; toutes ces choses étant associées logiquement à un médicament, l'iode de potassium, le seul qui puisse avoir réellement une action efficace sur la destruction d'un processus inflammatoire des plus rebelles.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

PANAS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

